

様式第 1 号 (第 2 条関係)

障害者控除対象者認定書交付申請書

年 月 日

嘉手納町長 様

申請者 住 所

氏 名 印(続柄)

電話番号

下記の者について、所得税法施行令(昭和 40 年政令第 96 号)第 10 条及び地方税法施行令(昭和 25 年政令第 245 号)第 7 条及び第 7 条の 15 の 11 に定める障害者又は特別障害者としての認定を申請します。

記

対象者	フリガナ		性 別	
	氏 名		生年月日	
	住 所			
認定を必要とする年:		年の状態について、認定が必要		

注意

認定の基準は、認定を必要とする年の 12 月 31 日の状態となります。

沖縄県介護保険広域連合が所有する要介護認定等に関する情報の閲覧、又は必要に応じ実態調査に同意します。

(対象者氏名) _____ 印

(代理人氏名) _____ 印