

様式第 1 号（第 3 条関係）

年 月 日

川西町長 殿

申請者 住所 _____
(電話 _____)

氏名 _____
(対象者との続柄： _____)

障害者控除対象者認定申請書

下記の者について、所得税法施行令（昭和 4 0 年政令第 9 6 号）第 1 0 条及び地方税法施行令（昭和 2 5 年政令第 2 4 5 号）第 7 条又は第 7 条の 1 5 の 7 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。

対象者	住所	川西町大字
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日

【町記入欄】※以下記入しないでください

要支援認定及び 要介護認定日	認定の有効期間	要支援 及び要 介護度	寝たき り度	認知症 自立度	判定結果					担当者
年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日				障害者	身	知		非 該 当	
					特別 障害者	身	知	ね		
被保険者番号										