

様式第1号(第4条関係)

年 月 日

多 気 町 長 様

(申請者)

住所

氏名

所得税の年末調整・確定申告および住民税の申告に係る
障害者控除対象者認定書交付申請書

次の者に係る障害者控除対象者認定書の交付を申請します。

対象者	住所			
	氏名		生年月日	
交付対象年度		(年分 年12月31日現在)	電話番号	

該当するところに○印して、障害程度を記入してください。

制度適用状況		身体障害者手帳	級
		療育手帳	A B
		精神保健福祉手帳	級
		戦傷病者手帳	症
		介護保険要介護認定	要支援 ・ 要介護
		原爆被爆者医療認定者	
		なし	

※ 以下は記入しないでください。

受付	要介護認定有無	判定結果	発行日	備考
	1 あり 2 なし	1 認定書発行 2 非該当		