様式第１

障害者控除対象者認定申請書

年　　月　　日

豊橋市福祉事務所長　様

下記の対象者について、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条または第７条の１５の７に定める障害者または特別障害者として認定を受けたく申請します。

また、障害者控除対象者認定申請にあたり、対象者の東三河広域連合が保有する介護保険の要介護認定等の情報を確認することについて、対象者の了承を得た上で同意します。

申請者	カナ									
	氏名	姓				名				
	続柄	□本人　□配偶者　□子　□その他（　　）								
	郵便番号	〒				―				
	住所									
	電話番号	（　　）―（　　）―（　　）								

対象者（本人）	被保険者番号									
	郵便番号	〒				―				
	住所									
	カナ									
	氏名	姓				名				
	生年月日	□大正　□昭和　　年　　月　　日								
	対象年	年分								

事務処理欄	受付者	受付印		申請番号	備考欄
	受付方法			交付年月日	
	□窓口　□郵送				