

障害者控除対象者認定申請書

（※太枠内記入必須）

申請書提出日又はポスト投函日を記入

令和 8年 1月 23日

紫波町長 熊谷 泉様

窓口にて申請する人又は郵送等で請求する人を記入

申請者	住 所	〒028-3392 紫波町紫波中央駅前2-3-1
	氏 名	紫波 一郎
	電話番号	

下記の者を、所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条 第2項第6号 及び地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条の15の7第6号 に定める 特別障害者 として認定するよう申請します。

証明が必要な対象者を記入

記

障害者控除対象者の認定を受けようとする者	認定要件確認のため 私の介護認定情報等を町が調査することに同意します。	
	住 所	紫波町 紫波中央駅前2-3-1
	氏 名	紫波 太郎 (※印刷不可)
	生年月日	明治 大正 3年 4月 5日 昭和

【備考】

申告対象年を記入

●郵便による請求をする場合は、

①この申請書②返信用封筒（110円切手を貼付）をご用意の上、下記まで郵送ください。

〒028-3392

岩手県紫波郡紫波町紫波中央駅前二丁目3番地1
紫波町役場 生活部長寿介護課 介護保険係 宛
電話 019-672-2111

受付者	交付