

障 害 者 控 除 対 象 者 認 定 申 請 書

（※太枠内記入必須）

年 月 日

紫波町長 熊 谷 泉 様

申 請 者	住 所	〒
	氏 名	
	電話番号	

下記の者を、所得税法施行令（昭和 4 0 年政令第 9 6 号）第 1 0 条 第 1 項第 7 号 第 2 項第 6 号 及び地方税法
施行令（昭和 2 5 年政令第 2 4 5 号） 第 7 条第 7 号 障害者 第 7 条の 1 5 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。

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		
	氏 名	(※印刷不可)	申請者との 続柄	
	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	認定を 受けた年 年分
【備考】				

町 使 用 欄	【申請者身分証】 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 介保 <input type="checkbox"/> 他()	課長	副課長	係員	受付者	交付

※記載内容相違：交付不可