

様式第1号 (第3条関係)

年 月 日

(宛先) 幸 田 町 長

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)
(本人との続柄 _____)

生年月日 _____ 年 月 日

障 害 者 控 除 対 象 者 認 定 申 請 書

下記の者を所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第7条又は第7条の15の8に定める対象者として認定くださるよう申請します。

1 対象者の氏名 _____ 介護保険被保険者番号 _____

生年月日 _____ 年 月 日

住 所 _____

2 請求対象年 _____ 年

本人同意書

私は、上記の申請者の申請に同意するとともに、幸田町が保有する私の介護認定に係る情報について、税控除に関する資料として開示することに同意します。

本人署名 _____ (印)