

様式第1号

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

羽村市福祉事務所長 宛

申請者 住所 _____
電話番号 () _____
氏名 _____
対象者との続柄 _____

所得税法(昭和40年法律第33号)第79条に規定する障害者控除又は地方税法(昭和25年法律第226号)第34条に規定する所得控除を受けるため、下記のとおり障害者控除対象者の認定を申請します。

記

対象者	住所			性別	男・女
	氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	