

令和 年 月 日

(あて先) 津市社会福祉事務所長

申請者 住 所
氏 名
電 話
証明を受ける者との関係_____

※ 自署でない場合は、記名と押印が必要です。

障害者控除対象者認定証明願い

所得税法及び地方税法上の障害者控除に使用するため障害者控除対象者であることを証明してください。

証明を受けようとする者		住所	津市				
		氏名					
		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日				
近親者の 状況		氏 名	年齢	続柄	住 所	電 話	
	同・別						
	同・別						
	同・別						
証明を受けたい 期間 (年)		1. 年分 2. 年 ~ 年					

※介護保険被保険者証の写し（コピー）を添付してください。

障害者控除対象者認定の決定に際し必要があるときは、貴担当職員が私の住民基本台帳、課税台帳、及び介護保険情報等について関係部局に報告を求めること、並びに税担当部局へ情報提供することに同意します。

証明を受けようとする者

住 所 _____

氏 名 _____

※ 自署でない場合は、記名と押印が必要です。