

令和 年 月 日

木津川市長 様

障害者控除対象者認定申請書

障害者控除対象者として認定（* _____ 年末現在）されたく、次のとおり申請します。

| | | | | |
|--|----|-----------|------|---|
| 申請者 | 住所 | 電話番号 — | 氏名 | ⑩ |
| 対象者 | 住所 | 木津川市 | 性別 | |
| | 氏名 | | 生年月日 | |
| 同 意 書 | | | | |
| 障害者控除対象者認定を申請するに当たり、介護保険要介護認定に係る「認定調査票」を調査されることに同意します。 | | | | |
| 対象者氏名 _____ ⑩ | | | | |
| 代理人氏名 _____ ⑩ (対象者との続柄 _____) | | | | |

複数の年の証明が必要な場合は、必ず必要な年を全て記入して下さい。ただし、介護保険法による要介護認定を受けている年分（認定期間が年末現在を含むもの）が対象となります。