

様式第 2 号

障 害 者 控 除 対 象 者 申 請 書

年 月 日

西予市福祉事務所長 様

申請者

住所

氏名

続柄 ()

TEL () -

下記の者を対象者として、所得税法施行令（昭和 40 年政令第 96 号）第 10 条及び地方税法施行令（昭和 25 年政令第 245 号）第 7 条又は第 7 条の 15 の 7 に定める障害者又は特別障害者としての認定を申請します。

対 象 者	住所	西予市		
	氏名		生年月日	M・T・S 年 月 日
	現在の状況（必須）	① 介護保険要介護認定について ある ・ ない ② 身体障害者手帳を所有している ・ いない ③ その他について		

この申請による認定に当たり、私は介護保険法に基づく介護認定調査票等の情報の他、必要な情報の開示に同意します。

対象者氏名 _____

代筆者氏名 _____