

様式第1号（第3条関係）

障害者控除対象者認定申請書

年　月　日

小鹿野町長 様

申請者 住 所

氏 名

連絡先

対象者との続柄

障害者控除対象者認定を受けたいので、小鹿野町介護保険制度における障害者控除対象者の認定に関する要綱第3条の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、対象者の介護保険の要介護認定における情報を町が確認することに同意します。

| | | |
|-------------|------|----------------------|
| 対 象 者 | 住 所 | |
| | 氏 名 | |
| | 生年月日 | 年　月　日 |
| 申請理由 | | 年分の所得税（町民税）申告に利用するため |

[委任状]

私は、私の障害者控除対象者の認定を受けるための申請について、申請に係る手続の一切を に委任します。

本人署名 _____