

# 障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

相馬市福祉事務所長

申請者	住所	〒		
	氏名		関係	電話番号

以下の者を、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）7 条の 15 の 7 に定める障害者控除対象者として認定を申請します。

対象者	被保険者番号					
	住所	〒			電話番号	
	氏名		性別		生年 月日	

希望する控除対象年	
-----------	--