

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

海南市長 様

申請者（納税義務者）

住 所	
ふりがな	
氏 名	⑩
電話番号	続柄（ ）

来庁者 同上

住 所	
ふりがな	
氏 名	⑩
電話番号	続柄（ ）

障害者控除対象者の認定を受けたいので、海南市障害者控除対象者認定事務取扱要綱第2条の規定に基づき、障害者控除対象者としての市長の認定を申請します。

対 象 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 来庁者と同じ					
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 来庁者と同じ					
	生年月日	M・T・S	年	月	日	性 別	男・女
	請 求 年	年分	年分	年分	年分	年分	年分

認定にあたっては、要件確認のために必要に応じて、私の介護保険要介護認定等情報を市が調査・確認することに同意します。

対象者氏名
