

様式第1号（第3条関係）

松浦市障害者・特別障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

松浦市福祉事務所長 様

申請者 住 所
氏 名 ④
電話番号

次の対象者について、所得税法施行令及び地方税法施行令に定める障害者・特別障害者控除対象者の認定について、松浦市障害者控除対象者認定要綱第3条の規定に基づき申請します。

対象者	住 所		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
障 害 理 由	障害者	<input type="checkbox"/> 知的障害者（軽度・中度）に準ず。	<input type="checkbox"/> 身体障害者（3級～6級）に準ず。	
	特 別 障害者	<input type="checkbox"/> 知的障害者（重度）に準ず。	<input type="checkbox"/> 身体障害者（1級、2級）に準ず。	
		<input type="checkbox"/> ねたきり老人		

松浦市福祉事務所長 様

障害者・特別障害者控除対象者認定に係る同意書

私の障害者・特別障害者控除対象者認定に必要があるときは、私の要介護認定、要支援認定に係る調査内容及び主治医意見書その他必要な事項について確認されることに同意します。

対象者氏名 ④

注意事項

申請者は、対象者の障害理由の変更、消滅が生じたときは、速やかに福祉事務所長にその旨を報告しなければならない。

