

第2号様式

障害者控除対象者等認定申請書

令和 年 月 日

伊奈町長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____

法令の規定による障害者手帳等を所持していないが、所得税法施行令第10条第1項第7号若しくは同条第2項第6号又は地方税法施行令第7条若しくは第7条の15の7に該当するので、障害者控除対象者等であることの認定を申請します。

認定 対象者	住所		性別	
	氏名		生年 月日	
身体障害者手帳等の有無	有	所持する手帳名		無

注意

- ※ 上記身体障害者手帳等の有無欄で「有」に該当した場合は、障害者控除対象者等認定書は交付しません。
- ※ 認定対象者本人以外の方が、この申請をする場合は、下記委任状の太枠内に記入してください。

委 任 状

次のとおり委任します。

委任事項	障害者控除対象者認定申請に関すること	
委任理由	<input type="checkbox"/> 要介護状態であり本人申請が不可能なため <input type="checkbox"/> その他	
委任者 (対象者)	住所	伊奈町
	氏名	
受任者 (申請者)	住所	
	氏名	
受任者確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()	