様式第２号（第３条関係）

障害者控除対象者認定申請書

糸島市長　様

認定を受けようとする者（対象者）	ふりがな	いとしま　たろう	性別	男（○）　女
	氏名	糸島　太郎		
	生年月日 年齢	昭和○年　○月　○日　　満○歳		
	住所	〒819-1234　　電話 123-1234-5678 糸島市○○1-2-3		

健康状態	主な病気（障害）	病名（障害名） ○○○	発病（発生）年月日 ○年　○月　○日
	主治医	医療機関名 ○○クリニック	医師氏名 ○○　○○

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）第７条又は第７条の 15 の７に定める障害者・特別障害者としての認定を申請します。

なお、市が対象者の介護保険要介護認定状況について調査することに同意します。

○年　　○月　　○日

（申請者）　住所　○○市○○4-5-6

氏名　糸島　花子

「対象者」がどなたかの税制上の扶養に入っている場合、「申請者」は扶養者で、入っていない場合、「申請者」は対象者本人。

認定を受けようとする者との続柄（　長女　）

※代筆の場合

代筆者氏名　糸島　次郎　　申請者との続柄（　次男　）