

(様式第1号)

年 月 日

佐賀市長 様

(申請者) 住所.....

氏名..... 印

対象者との続柄.....

障害者控除対象者認定申請書

次の者について、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に定める障害者又は特別障害者に準ずる障害者控除対象者であることの認定を申請します。

障害者控除 対 象 者	氏名	
	住所	
	生年月日	年 月 日 (満 歳)

同意書

認定に当たり、要件確認の必要に応じて、地方公共団体が保管している私の療育手帳及び身体障害者手帳の申請に関する資料又は介護保険者が保管している私の介護保険にかかる審査及び判定の結果に関する資料を確認することについて承諾します。

年 月 日

対象者氏名..... 印

(裏面あり)

《 裏 面 》

《 医師の証明及び所見 》 ※診断書の添付でも可

.....  
病院又は診療所の名称

.....  
所 在 地

.....  
診療担当科名 科 医師氏名 印