

様式第1号（第2条関係）

鴻巣市障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

（宛先）鴻巣市福祉事務所長

住所

申請者 氏名

電話番号

所得税法施行令第10条第1項第7号及び同条第2項第6号並びに地方税法施行令第7条第7号及び第7条の15の7第6号に規定する障害者控除対象者として認定を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者	住所	
	氏名	
	要介護状態区分	要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
	性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日

障害者控除対象者認定のために、上記対象者の介護保険の要介護認定における情報を市が確認することに同意します。

対象者氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 委 任 状

次の事項を下記の者に委任します。

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：要援護状態であり本人申請が不可能な為

その他（ ）

委任者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

委任者本人の確認 免許証 保険証 その他（ ）

受任者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

受任者本人の確認 免許証 保険証 その他（ ）