様式第１号(第６条関係)

年　　月　　日

赤磐市長　様

(申請者)　住所

氏名

続柄

電話　　(　　)

障害者控除対象者認定申請書

赤磐市介護保険要介護認定者に係る所得税及び住民税の障害者控除対象者認定実施要綱第６条の規定により下記の対象者の(障害者・特別障害者)としての認定を申請します。

<table>
<tr><td rowspan="2">対象者</td><td>住所</td><td colspan="2">赤磐市</td><td>性別</td><td>男・女</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請理由</td><td colspan="4">年 所得税確定申告等に使用するため</td></tr>
</table>

赤磐市が所有する要介護・要支援認定に関する情報を取得することについて同意します。

(対象者氏名)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿