

様式第 1 号

年 月 日

糸満市長 殿

(申請者) 住所 _____

氏名 _____

続柄 _____

電話番号 _____

障害者控除対象者認定申請書

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11に定める障害者・特別障害者として下記の者を認定するよう申請します。

| | | | | | |
|------|-------------------|---------------------|---------------------|-------|-----|
| 対象者 | 住所 | | | 性別 | 男・女 |
| | 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| 申請理由 | 年 所得税確定申告等を使用するため | | | | |
| 障害事由 | 障害者 | 1 知的障害者（軽度・中度）に準ずる。 | 2 身体障害者（3級～6級）に準ずる。 | | |
| | 特別障害者 | 1 知的障害者（重度）に準ずる。 | 2 身体障害者（1級・2級）に準ずる。 | | |
| | | 3 寝たきり老人 | | | |

- ※注意 (1) 申請者は太線内を記入して下さい。
(2) 申請者は、対象者の障害事由の変更・消滅が生じた場合、すみやかに認定を受けた市長にその旨を報告しなければならない。