

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

久留米市長 殿

(申請者) 住 所

氏 名

(認定を受けようとする者との続柄) ()

所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第7条又は第7条の15の8

に定める 障害者 特別障害者 としての認定を申請します。

| | | | |
|------------------|----------------------|-----------------|-------|
| 認定を受けようとする者(対象者) | ふりがな 氏名・性別 | | 男・女 |
| | 生年月日 住所 (電話番号) | 久留米市 (電話 -) | 年 月 日 |
| 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 | | |
| | 医師氏名 | | |