様式第１号（第３条関係）

**福祉保健課窓口に**

**提出した日**

障害者控除対象者認定申請書

**令和４年４月１日**

　大潟村長　髙橋　浩人　　様

（申請者）**010-0494**

住所　**南秋田郡大潟村字中央1-1**

**申告で税の控除を受ける人**

**※認定結果はこちらに送付**

氏名　**大潟　太郎**　（続柄　**子**　）

電話番号　**0185-45-2114**

　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号に定める障害者又は特別障害者としての認定を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | **南秋田郡大潟村字中央１－１** |
| 氏名 | **大潟　花子** | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | **昭和３２年４月１日** |
| 被保険者番号 | **１２３４５６７８９****申告の対象年を記入** |
| 対象年 | **令和３年分** |

（対象者同意事項）

障害者控除対象者認定において、要介護認定関係資料を閲覧することに同意します。

対象者氏名　　**大潟　花子**

代筆者氏名　　**大潟　太郎**　（続柄　**子**　）

|  |  |
| --- | --- |
| 村使用欄(確認資料等) | □マイナンバーカード □運転免許証 □パスポート □健康保険証 |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |