様式第１号（第２条関係）

障害者控除対象者認定書交付申請書

年　　月　　日

多度津町長　殿

　次のとおり、障害者控除対象者認定書の交付を受けたいので申請します。

１．申請者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 電話番号 |
| 認定対象者との関係 |  |

（注）申請者の範囲は、認定者又は三親等以内の親族となります。

２．認定対象者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 年分 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 多度津町電話番号 |
| 生年月日 |  | 　　　年　　　月　　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 要介護認定の有無 | 　有　要介護度（　　　　　）　無 |

認定審査における要介護認定資料の閲覧の同意

　私は、障害者控除に係る認定審査において、町長が必要な要介護認定情報を閲覧することに同意します。

認定対象者（本人）氏名

申請者　（代理人）氏名