

様式第 1 号（第 4 条関係）

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

湯河原町長 様

申請者 郵便番号 _____

住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

対象者との関係 _____

次のとおり 年分の障害者控除対象者認定を受けたいので、申請します。

対 象 者	住 所		性 別	男 ・ 女
	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日 () 歳
	氏 名			
	電話番号	()		

上記対象者の障害者控除対象者認定のために、町長が介護認定審査会資料及び主治医意見書等を認定資料として使用することに同意します。

対象者氏名 _____

(代筆者氏名 _____)