

障害者控除適用申請書

令和 年 月 日

下田市長 様

申請者	住所	〒		
	フリガナ 氏名			
	電話番号		対象者との関係	

下記の者が、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7に定める障害者控除の適用者であることを証明願います。

対象者	住所			
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
申請理由		年分の所得にかかる申告等に使用するため		
※対象者が死亡又は出国している場合はその年月日				年 月 日