障害者控除対象者認定申請書

（あて先）三芳町長

申請者　　　　〒：　　　　―

住　所：

申請日：令和　　　年　　　月　　　日

フリガナ

氏　名：

三芳町障害者控除対象者認定要綱第３条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　　象　　者 | | | | |
| 郵便番号 |  | **基本コード** | |  |
| 住　所 |  | | | |
| フリガナ |  | **生年月日** |  | |
| 氏　名 |  | **申請者**  **との続柄** |  | |

同　意　書

認定にあたっては、要件確認のため必要に応じて、私の介護保険等の情報を町が調査することに同意します。

対象者氏名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **事務欄** | **担当者** | **受付方法** | **備考** |
|  | **窓　郵　出　C** |  |