

様式第1号（第2条関係）

年 月 日

（宛先）高松市福祉事務所長

申請者 住所 高松市 町 丁目 番 号
番地

氏名

電話 () —

障 害 者 控 除 対 象 者 認 定 申 請 書

所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条第1項第7号又は第10条第2項第6号及び地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条第7号又は第7条の15の7第6号に定める 障 害 者 特別障害者 として認定を受けたいので申請します。

なお、障害者控除対象者認定において、要介護認定資料の主治医意見書を閲覧することに同意します。

対 象 者	住 所	高松市 町 丁目 番 号 番地
	氏 名	Ⓔ
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日