

障 害 者 控 除 対 象 者 認 定 申 請 書

年 月 日

（あて先）成田市長

申 請 者 住 所

氏 名
電 話
対象者との続柄

所得税法施行令第 1 0 条並びに地方税法施行令第 7 条及び第 7 条の 1 5 の 7 に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたいので申請します。

対 象 年	年 分	←認定を必要とする年をご記入ください。		
対 象 者	住 所			
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	性 別	

（申請者及び本人の同意事項）

当該申請に当たり、認定の可否の決定のため必要に応じて、住民基本台帳、課税台帳、障害者手帳等の有無及び介護保険法に基づく介護保険認定審査会資料（以下「認定情報」という。）を調査することについて、同意します。また、代理人として親族が申請する場合も、対象者の認定情報を調査することについて、対象者より了承を得た上の申請であることを誓約します。

なお、このことに起因する諸問題が発生した場合には、申請者が責任をもって対処することを約束します。

（対象者本人）
対 象 者 と の 関 係
（代筆者）（ ）