障害者控除対象者認定申請書

令和　　年　　月　　日

久 留 米 市 長　　殿

（申請者）住　　所

氏　　名

（認定を受けようとする者との続柄）（　　）

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 / 特別障害者　としての認定を申請します。

認定を受けようとする者(対象者)	ふりがな 氏名・性別		男 ・ 女
	生年月日 住所 （電話番号）	年　月　日 久留米市 （電話　－　）	
主な病気（障害）	病名(障害名)		
	発病(発生)年月日	年　月　日	
主治医	医療機関名		
	医師氏名		