様式第２号（第５条関係）

障害者控除対象者認定通知書

　 　 　　　　　年　　　月　　　日

　　（ 申 請 者 ）　様

色　麻　町　長

　　下記の対象者を、所得税法施行令第10条第1項第7号及び同条第2項第6号並びに地方税法施行令第7条第7号及び第7条の15の7第6項に定める障害者・特別障害者として認定します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　所 |  | | | 氏　名 | |  |
| 対象者 | 住　所 |  | | | 性　別 | | 男　・　女 |
| 氏　名 |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 障　害　程　度 | |  | | | | | |
| 障　害  理　由 | 障害者 |  | | | | | |
| 特別  障害者 |  | | | | | |
| 要　介　護　度 | | |  | 介　護　認　定  有　効　期　間 | | 年　 月 　日から  年　 月 　日 | |

注：申請者は、対象者の障害事由の変更・消滅が生じた場合、速やかにその旨を報告して下さい。