											整理	里番号		
		障害	者 控	除	対	象	者	認	定	申言	青書	<u>+</u>		
		が な 名										性別	男	· 女
	生年	月日	M •	T •	S		年		月		日	年齢		歳
認定を受け ようとする 人(対象者)	現住所		<u></u>											
							電	話		_		_		
	判定基準日 (12月31 ※死亡の場 死亡日	1日)の住所	〒											
	5 11	18 +-								ş	続柄			
	かり氏	が な 名				•••						性別	男	· 女
障害者控除	· -													
を受ける人	生 年	月日	м •	т.	S		年		月	l	日	年齢		歳
(本人口)			₹		_									
	住	所	·											
	_							 -						
上記のと	- おり所従		下冊方利	 逆法 <sup> </sup>	 ト <i>の</i> 覧	音害者	電記		ション	-	の認定	セシ申請	きします	-
	年	月	日	/LI	L-	<del>↑</del> □ ,	⊒ 1 <u>-</u> 1/-	1, 7, 1 >	<b>%</b> п с	_	¥ 2 µш.,	<b>С</b> С I н	,	0
		申請者	住	所	<del></del>									
			氏	名										
認定を受けようとする人との続柄														
						(	電話			_		_		)

达沙龙				

鞍 手 町 長 殿

□控除を受ける人 □申請者 □認定を受ける人(対象者) □上記以外の送付先 (住所 〒

氏名

電話番号

)

## 同 意 書

所得税法及び地方税の障害者控除対象者の認定を受けるため、福岡県 介護保険広域連合が保有する私の要介護認定情報を福岡県介護保険広域 連合個人情報保護条例第5条第1項第2号の規定により、福岡県介護保険 広域連合長から鞍手町長に提供することに同意します。

福岡県介護保険広域連合長 様

年	月	日		
住	所			
氏	名			印
電	話		 _	