佐々町障害者控除対象者認定同意書

　私は、　　　　年分の所得税の申告及び町県民税の申告に伴い、下記の者について所得税法施行令第１０条第１項第７号及び第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号に定める障害者又は特別障害者の認定を受けるために要介護・要支援認定に係る調査内容、主治医意見書を提示又は提供することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　佐々町長　　　　　　　　　　様

申請者　　　住　所

氏　名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | （申請者との関係） |
| 対象者 | 氏　　名 | （　　　　　） |
| 住　　所 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |