**障害者控除対象者認定申請書**

令和　　年　　月　　日

（宛先）今　治　市　長

〒　　　－

住　　所

氏　　名

対象者との続柄（　　　　）

電話番号

　次の者について、所得税法施行令（昭和４０年政令第９６号）第１０条及び地方税法施行令（昭和２５年政令第２４５号）第７条又は第７条の１５の７に定める障害者として認定を受けたいので申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対　　象　　者 | 住　　所 | 〒電話番号 |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  | 性　　　別 | 男 ・ 女 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　　年　　月　　日（　　　歳） | 障害者手帳等 | 有 ・ 無 |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護状態区分 | 　　要支援　２　／　要介護　１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ |
| 介護認定の有効期間 | 　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 対　象　年 | 　　　　　　年分 | 対象者が死亡又は出国されている場合はその年月日【　　　年　　　月　　　日】 |

　当該申請にあたり、障害者控除対象者であるための確認の必要に応じて、私の住民基本台帳、市民税の調査、障害者手帳の有無、及び認定審査会資料等を調査すること、並びに担当部署へ情報提供することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者氏名