

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 _____			
	フリガナ											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 _____