

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

福祉事務所長 あて

申請者
(対象者又は所得の控除を受ける人)
住所
氏名
電話番号
対象者との続柄

窓口に来た人
(申請者と同一人の場合は記入不要)
住所
氏名
電話番号
対象者との続柄

所得税法施行令第10条第1項第7号又は第2項第6号及び地方税法施行令第7条第7号又は第7条の15の7第6号に規定する障害者控除対象者としての認定について、次のとおり申請します。

対象年	年分	←認定を必要とする年(税の控除を受ける年)をご記入ください			
対象者	住所	相模原市 区			
	フリガナ		生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和	
	氏名				
	介護認定	認定なし <input type="checkbox"/>	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	介護保険 被保険者 番号	
	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				

障害者控除対象者の認定のために必要があるときは、介護保険要介護認定・要支援認定の審査資料を閲覧します。

被保険者本人に代わり、申請書を提出する者は、上記内容を被保険者本人に説明し、同意を得てから代筆してください。

※この情報の利用にあたっては、個人情報保護の目的を尊重し、障害者控除対象者認定事務以外の目的には、一切使用いたしません。

受付印