

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

（あて先）塩尻市福祉事務所長

（申請者）
住 所 _____
氏 名 _____
（対象者との続柄： ）
連絡先 _____

次の者が所得税法施行令（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 に規定する障害者又は特別障害者であることの認定を申請します。

対 象 者	介護保険被保険者番号					
	住 所	塩尻市				
	フリガナ					
	氏 名					
	生 年 月 日	大正 ・ 昭和 年 月 日				
認定が必要な所得の年 （申告対象年）		令和 年分	令和 年分	令和 年分	令和 年分	令和 年分

<同意欄>

☐ 障害者控除対象者認定にあたり、要件確認のため必要に応じて、塩尻市福祉事務所が対象者の介護認定審査会資料等を閲覧及び使用することに同意します。

※上記に同意される方は、☒ をお願いします。

なお、対象者死亡の場合は申請者の署名をお願いします。 申請者署名： _____

※申請者が対象者本人または同一世帯員以外の場合、対象者からの委任が必要です。
ただし、対象者が死亡している場合は不要です。

【委 任】

障害者控除対象者認定に係る申請及び認定書の受領を上記申請者に委任します。

対象者氏名 _____ ㊞（対象者本人が自署された場合、押印は不要です）