

## 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

申請者の本人確認を行いますので、  
 ・運転免許証  
 ・マイナンバーカード  
 などの顔写真つきの身分証明書をご用意ください  
 ※郵送申請の場合は写しを添付してください

(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	

認定書の発行にあたり、必ずチェックをお願い  
します(対象者死亡の場合も必要です)

↑ 最大で5年分を申請できます

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  
※上記に同意される方は、□をお願いします。

対象者死亡の場合は、申請者の  
署名が必要です ↓

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  
ただし、対象者が死亡している場合は不要です。

申請者と対象者が同一世帯ではない家族の場合は、  
対象者の署名・押印が必要です  
(対象者が自署した場合は押印不要です)

対象者氏名 \_\_\_\_\_ ④ (対象者本人が自署された場合、押印は不要です)

※家族以外の第3者(税理士、会計士、ケアマネジャーなど)が申請する場合は、別途、委任状が必要です