

# 障害者控除対象者認定申請書

\* (あて先) \* 年 月 日

申請者

\* 氏名

\* 郵便番号 —

\* 住所

\* 電話番号 — —

\* 対象者との関係 ( )

下記の者を所得税法施行令第 10 条に定める障害者控除対象者と認定して下さるよう申請します。

\* 対象者

住 所	〒 —									
電話番号	— —									
フリガナ										
氏 名	(姓)					(名)				
生年月日	年 月 日 生					年 齢	満 歳			
性 別	○男 ○女									
介護保険被保険者番号										

\* ☐ 私(対象者本人)の介護保険被保険者台帳及び介護保険サービス受給者台帳を審査のため、健康福祉課の職員が閲覧することに同意します。

\* 認定申請年

年分
年分
年分
年分
年分

※ 現年度を含めて過去 5 年分の申請が可能です。

※ 障害者控除対象者の認定は、該当区の福祉事務所長が決定し、認定書を交付します。