

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

高砂市長様

下記の者を所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条第1項第7号及び第2項第6号並びに地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条第1項第7号及び第7条の15の7第1項第6号に定める障害者・特別障害者として認定くださるよう申請します。

申請者	住所	〒		
	氏名			
	対象者との続柄	本人・配偶者・子 その他（ ）	連絡先	— —
対象者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日
	認定基準日	年 1 2 月 3 1 日時点		
	要介護認定の状況	・要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
		・認定の有効期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日）		
確認欄	<input type="checkbox"/> 対象者は身体障害者手帳、療育手帳及び精神障害者保健福祉手帳の交付を受けておりません <input type="checkbox"/> 認定申請中 <input type="checkbox"/> （ ）			
希望する送付先	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ	対象者との続柄 本人の

認定に当たっては、要件確認のため必要に応じて対象者の介護保険等の情報を閲覧・調査されることに同意します。

同意者（申請者）署名 _____

- * 申請には、対象者の介護保険被保険者証、申請者の身分証明書の写しを添付してください。
- 対象者の保険証がない場合は、申請者との関係がわかるもの（戸籍等）を添付してください。
- ※以下は記入しないでください（市使用欄）

障害状況	別紙、認定書のとおり	課長	係長	係

申請に基づき別紙、認定書を送付してよろしいか。