

障害者控除対象者認定書交付申請書
(令和5年分申告用)

令和〇年〇月〇日

加古川市福祉事務所長 様

住所 加古川市〇〇町〇〇番地

氏名 加古川 花子

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

続柄 対象者の 妻

令和5年1月1日～令和5年12月31日までの収入
に対する申告であれば、令和5年分となります。

下記の者を、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に定める障害者又は特別障害者として認定くださるよう申請します。

記

対 象 者										
フリガナ	カコガワ タロウ									
氏名	加古川 太郎									
住所	〒000-0000 加古川市〇〇町〇〇番地 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)									
生年月日	大正・昭和 20年 1月 1日									
介護保険被保険者番号	0	0	0	*	*	*	*	*	*	*
要介護認定の状況	要介護度	要介護 〇								
	認定の有効期間	令和〇〇年 〇月 〇日～令和〇〇年 〇月 〇日								
手帳の有無 (※)	身体障害者手帳	有・無			療育手帳	有・無				
	精神障害者保健福祉手帳	有・無			戦傷病者手帳	有・無				

※「有」 どちらかに〇をしてください。

手帳の有無への回答をお忘れのないようにお願いいたします。

認定に当たっては、要件確認のために必要に応じて、市が所有
報等を調査することに同意します。

対象者氏名 加古川 太郎

(対象者が心身の状況等により自署できない場合)

代筆者氏名 加古川 花子

続 柄 対象者の 妻

申請者の身分確認のため、「申請者(この申請書を記入した人)の身分証明書のコピー」を顔写真付きであれば1点、写真がなければ2点ご添付ください。

身分確認
チェック)

- 運転免許証
- マイナンバーカード
- 身体障害者手帳等
- その他 ()
- 健康保険被保険者証
- 介護保険被保険者証
- 介護保険負担割合証
- その他 ()