

障害者控除対象者認定書交付申請書  
( 年分申告用 )

年 月 日

加古川市福祉事務所長 様

住所 \_\_\_\_\_  
申請者 氏名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
続柄 対象者の \_\_\_\_\_

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									
氏名									
住所	〒 _____ (電話番号 _____)								
生年月日	大正・昭和 年 月 日								
介護保険被保険者番号									
要介護認定の状況	要介護度								
	認定の有効期間	年 月 日～ 年 月 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」「無」どちらかに○をしてください。

障害者控除対象者の認定に当たっては、要件確認のために必要に応じて、市が所有する私の要介護認定情報等を調査することに同意します。

対象者氏名 \_\_\_\_\_

(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 \_\_\_\_\_

続 柄 対象者の \_\_\_\_\_

市処理欄 申請者本人確認 (何れかにチェック)	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証
	<input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証	<input type="checkbox"/> その他 ( )