

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

習志野市健康福祉部長 宛て

申請者

氏名 _____ 続柄()
〒

住所 _____

電話番号 _____

下記の者について、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として、認定されたく申請します。

対象者	被保険者番号														
	フリガナ														
	氏名														
	住所														
	生年月日														

申請理由	令和 年分の所得税・地方税確定申告等に使用するため
------	---------------------------

※身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、戦傷病者手帳、原子爆弾被爆者援護法第11条第1項の認定を受けていません。

※障害者控除対象者認定に際して要介護認定等に係る調査内容及び介護認定審査会による判定結果の情報を確認することに同意します。

対象者氏名 _____

代筆者氏名 _____

【市役所処理欄】				
認定の有無	有・無	介護度	支援1・支援2・介護1・介護2・介護3・介護4・介護5	
認定期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
控除の該当	該当・非該当	決定内容	障害者控除・特別障害者控除	
			受給者台帳照会 <input type="checkbox"/> 訪問調査結果確認票 有・無	