

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

稲沢市長 様

(申請者)

住 所 _____

氏 名 _____

対象者との関係 (_____)

連絡先 _____

下記のとおり、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の認定を申請します。

なお、認定にあたり要件確認のため、必要に応じて介護保険等の情報を市が調査することに同意します。

記

対 象 者	被保険者番号								
	住 所	稲沢市							
	氏 名						性別	男・女	
	生 年 月 日	明治・大正・昭和		年		月		日	
使用目的（申告対象期間）		年分の確定申告等							

※ 申請者の本人確認書類の提示（郵送の場合は写しの添付）が必要です。

※市記入欄

障害理由	障害者	1 知的障害者（軽度・中度）	2 身体障害者（3級～6級）
	特 別	1 知的障害者（重度）	2 身体障害者（1級～2級）
	障害者	3 寝たきり老人	