

障害者控除対象者認定申請書

① 申請書の提出日を記入 → ××年 ××月 ××日

稲沢市長 様

② 申請者(窓口来庁者)について記入

(申請者)

住所 稲沢市稲府町1番地

氏名 稲沢太郎

対象者との関係 (長男)

連絡先 0587-32-1111

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。

③ 対象者(要介護者)について記入

記

↓ 対象者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	住所	稲沢市 稲府町1番地								
	氏名	稲沢花子				性別	男・女			
	生年月日	明治・大正・昭和		5	年	8	月	10		
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。

④ 申告に必要な年分を記入(複数可)

※未記入の場合は直近となります。

※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)
	特別障害者	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	