障害者控除対象者認定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

岡谷市福祉事務所長　様

　下記の者が、所得税施行令（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条に定める障害者または特別障害者であることの認定について申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　　所 | 〒    　　　　　　 　電話番号　　 　 （ 　） | | | | | | |
| フリガナ  氏　 名 |  | | | | 対象者  との続柄 |  | |
| 対象者 | 住　　所 | 〒 | | | | | | |
| フリガナ  氏　 名 | 印  （自署の場合は、押印は必要ありません） | | | | | | |
| 生年月日 | 大正　・ 昭和 　　 　年　 　　月　　 　日 | | | | | | |
| 認定が必要な所得の年 | | 令和 年 | 令和 年 | 令和 年 | 令和 年 | | | 令和 年 |
| 同意欄 | □ 私（対象者）は障害者控除対象者認定申請にあたり、要件を確認するために、  介護保険要介護・要支援認定情報を利用することに同意します。 | | | | | | | |

**※上記の個人情報利用に同意される場合は、同意欄へ☑してください。**

**＜　委　　任　＞**

**※申請者が対象者と同一世帯員でない場合は、委任が必要です。**

上記の申請者に申請を委任します。

　　　　　　年　　月　　日

対象者　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印

（自署の場合は、押印は必要ありません。）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付時確認欄 | 個番 ・自免 ・ 旅券 ・ 住カ　・資格　・ 障手 ・支証  医保 ・介保 ・ 年金 ・ 他 （　　　　　　　　　） |
|  |