

## 障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

五所川原市福祉事務所長

〒 \_\_\_\_\_

申請者住所

\_\_\_\_\_

氏 名

\_\_\_\_\_ 署名又は記名押印、自署の場合は押印不要

電 話

( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

対象者との続柄

\_\_\_\_\_

所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第7条又は第7条の15の7に規定する障害者控除対象者としての認定を下記のとおり申請します。

対象者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	氏 名	男・女	生年月日	T. S.	年 月 日	
介護保険被保険者番号						
				対象年	年分	

送 付 先	<input type="checkbox"/> 申請者	<input type="checkbox"/> 対象者	
	<input type="checkbox"/> 上記以外	氏名	対象者との続柄
		〒 _____	_____

- ※1 申請者の身元確認書類（マイナンバーカード、運転免許証など）の写しが必要となりますので、ご持参ください。
- ※2 介護保険被保険者証（もしくは介護保険資格者証）を窓口にてご提示ください。
- ※3 送付先に指定がない場合、障害者控除対象者認定書は、後日、申請者に送付します。送付先に変更のある方はお知らせ下さい。

<b>保険者確認欄</b> <input type="checkbox"/> 被保険者証提示 (介護度：要 <b>介護</b> 1・2・3・4・5)  <input type="checkbox"/> 死亡日時点で介護度あり (死亡日： _____ )	受 付    	受付印    
---	---------------------	---------------------

# <記入例>

## 障害者控除対象者認定申請書

令和5年1月11日

五所川原市福祉事務所長

〒037 - 8686

申請者住所 五所川原市岩木町12番地

氏名 五所 太郎  
署名又は記名押印、自署の場合は押印不要

電話 ( 090 ) 1111 - 2222

対象者との続柄 夫 ※対象者からみた関係(続柄)です。

申請者と住所が  
・同じ→  
・違う→住所記入

申告する収入等が  
R4.1.1～R4.12.31の場合です。  
※複数年必要な方は、  
各年1枚ずつ申請書を記入。

地方税法施行令第7条又は第...  
対象者との認定を下記のとおり申請します。

対象者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <u>五所川原市布屋町12</u>	
	氏名	<u>五所 りん子</u> 男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日 <u>10年10月</u>
介護保険被 保険者証番号	<u>0000123456</u>	対象年	<u>R4</u> 年分

送付先  申請者  対象者  
 上記以外 氏名 対象者との続柄

送付先  
・申請者→申請者のみ  
・対象者→対象者のみ  
・上記以外→上記以外のみ + 必要事項記入

転免許証など)の写しが必要と  
)を窓口にてご提示ください。  
書は、後日、申請者に送付します。

<注意事項>

- ①記入例を参考に申請書の提出をお願いします。
- ②申請者の身元確認書類の写しを添付。  
(免許証など顔写真付きのもの。)
- ③被保険者証を窓口で確認させていただきます。  
(死亡等で回収済の場合はお声がけください。)
- ④約1週間程度で申請者に送付します。  
(照会が必要な方など時間を要する場合もあるので、あくまで目安。)

※ケアマネの代行申請は不可。

受付印