

障害者控除対象者認定 申請書

宗像市長 へ

次のとおり、対象者を障害者控除対象者(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に定める障害者又は特別障害者)として認定されるように申請します。

対象者	フリガナ		申請年月日	令和	年	月	日
	氏名	姓	名	介護保険被保険者番号			00
				生年月日	大正・昭和	年	月
	住所	〒 -					
		電話番号 -					
	要介護度等	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5					
介護認定の有効期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
介護認定年月日	平成・令和 年 月 日						

使用目的	平成・令和 年分 収入控除のため
------	------------------

申請者	フリガナ		対象者との関係	1. 本人
	氏名	姓		名
			3. 親族 []	
住所	〒 -			4. その他 []
	※対象者の住所と同じ場合は「同上」で可			※4.については委任状が必要です。
	電話番号 -			

《確認・同意欄》

次に記載する事項について確認・同意し、□に✓を入れてください。
 全ての□に✓を入れたうえで、本人または申請者署名欄に署名をしてください。

- 対象者は障害者手帳を持っていません。
- 認定が必要な期間の始期時点の対象者の年齢は65歳以上です。
- 認定にあたって、市が保有する対象者の介護保険要介護認定・要支援認定に係る審査会資料(認定調査票及び主治医意見書を含む)を確認することに同意します。
- 対象者の障害事由の変更又は消滅が生じた場合は、速やかに宗像市介護保険課に届け出ます。

※裏面の太枠内も記載されてください。

本人又は
申請者署名

以下、市町村記入欄

文書閲覧押印欄			
文書取扱員	所属長	係長	係員

窓口受付者

收受印押印欄	
--------	--