

障害者控除対象者認定申請書

令和 〇年 〇月 〇日

春日部市長 あて

本人または本人と生計を一にする親族

申請者 氏名 **春日部 太郎**
住所 **春日部市中央6-2**
対象者との関係 (**本人**)
電話番号 **048-736-0000**

所得税法施行 **介護保険の被保険者番号** 庁令第7条第7号又は第7条の15の7に規定する障害者控除対象者（障害者・特 定者）として認定を申請します。

対 象 者	被保険者番号	0000123456			
	住 所	春日部市 中央6-2			
	氏 名	春日部 太郎			
	生 年 月 日	大正	・ 昭和	10 年	4 月 1 日
	必 要 年 分	平成	・ 令和	〇 年分	
令和5年中の収入等について申告 する場合は令和5年分と記入		以降、毎年送付を		<input type="radio"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
障 害 手 帳		無	・ 有（種類	）（ 級）	

※印がない場合は、希望すると判断します。

同 意 書

障害者控除対象者の認定にあたり、関係部署に調査、照会又は閲覧することに同意します。

本人の署名（本人死亡時は、死亡時に生計を一にしていた親族が署名）

対象者 氏名 **春日部 太郎**

確認欄（以下は記入しないでください）

要介護度	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5			
障害者手帳有無	無 ・ 有（種類）（ 級）			
保護の有無	無 ・ 有		台帳登録日	
所得税法の障害者と認定		所得税法の特別障害者と認定		非該当