

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

春日部市長 あて

申請者 氏名
住所
対象者との関係 （ ）
電話番号

所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第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・特別障害者）として認定を申請します。

対 象 者	介護保険 被保険者番号					
	住 所	春日部市				
	氏 名					
	生 年 月 日	大正 ・ 昭和 年 月 日				
	必 要 年 分	平成 ・ 令和 年分 以降、毎年送付を <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>希望する</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>希望しない</td></tr></table> ※印がない場合は、希望すると判断します。	<input type="checkbox"/>	希望する	<input type="checkbox"/>	希望しない
	<input type="checkbox"/>	希望する				
<input type="checkbox"/>	希望しない					
障 害 手 帳	無 ・ 有（種類 ）（ 級）					

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。

対象者 氏名 _____

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