

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

燕市長 殿

(窓口に来られた方/郵送で送られた方)

申請者

〒

住 所

氏 名

電 話

対象者との続柄 ()

次の者について、所得税法施行令（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の認定を申請します。

障害者控除対象者の認定を行う際に、介護保険の要介護認定等の情報を確認すること、また、燕市が他市町村に介護認定の認定調査票（日常生活自立度）等の情報を照会し、提供を受けることに、対象者の了承を得た上で同意します。

障害者控除認定対象者									
住 所	〒								
フリガナ				介護保険被 保険者番号	0	0	0	0	
氏 名				生年月日	明・大・昭 年 月 日				
性 別	男 ・ 女		対象所得年		令和 年分				

※障害者控除対象者認定書は本人または届出のある送付先に送付いたします。