

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)

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	
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

受付時確認	<input type="checkbox"/> 身分証 ()
	(申請者と送付先が異なる場合) <input type="checkbox"/> 申請了承済み