

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

碧南市福祉事務所長 殿

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認定されるよう下記のとおり申請します。なお、対象者の障害事由の変更・消滅が遡って生じた場合には、速やかにその旨を報告します。

申請者	住所	〒	電話番号	
	氏名		対象者との続柄	
対象者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	性別	男 ・ 女
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	大正・昭和 年 月 日
認定を求める期間		1. 令和 年分 2. 令和 年分 ～ 令和 年分		
		<input type="checkbox"/> 申請年分以降、要件を満たす場合は証明書送付を希望します。 送付先： <input type="checkbox"/> 対象者（基準日時点の住民票所在地） <input type="checkbox"/> 申請者（本申請書に記載された申請者の住所地） ※ 翌年1月25日頃送付する予定です。 <input type="checkbox"/> 申請年分以降、要件を満たす場合でも送付は希望しません。		
本人 確認 書類	1点 (ア)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	2点 (イ)	<input type="checkbox"/> 健康保険資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	2点 (ウ)	<input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 預金通帳 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> その他(発行元・)		

※顔写真のある公共団体が発行した証明書は1枚（ア）、顔写真のないものは（イ）から2枚、もしくは（イ）・（ウ）から1枚ずつ確認する。顔写真のない証明書が1枚しかない場合は、本人のみが知りうる事項の聴き取りによる本人確認を合わせて行う。

市 処 理 欄	宛名番号		介護度	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	自立度	／	認定期間	H・R . . . ～H・R . . .
	区分	障害（知的・身体） ・ 特別障害（知的・身体・ねたきり）		

※ 別世帯の方が代理申請される際は、裏面（委任状）の記載が必要です。

受付：

委任状

令和 年 月 日

受任者

(手続きを行う者)

住 所 : _____

氏 名 : _____

生年月日 : 昭和・平成 年 月 日 _____

私は上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

- ・ 委任事項 : 障害者控除対象者認定書の申請手続き

委任者

(障害者控除対象者)

住 所 : _____

氏 名 : _____

生年月日 : 大正・昭和 年 月 日 _____

電話番号 : _____