

令和2年度 障害者控除対象者認定書交付申請書

令和 年 月 日

尾花沢市長 殿

〒 _____

住 所 _____

(申請者) 氏 名 _____ (印)

電話番号 _____

下記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に定める障害者控除対象者として、認定書の交付を申請します。

対象者 (要介護認定者)	対象年 (税申告する年)	年分	介護保険 被保険者番号		
	住 所				
	氏 名			性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	申請者との 関係		
認定書 送付先	<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 別送付先(_____)				

※認定基準日は、税申告の対象となる年の12月31日とする。

※以下は福祉課 介護福祉係で記載。

対象者	要介護度	該当○欄	障害者区分
要介護認定者	要支援1～要支援2		非該当
	要介護 1・2		普通障害者
	要介護 3・4・5		特別障害者

(認定有効期間 : _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日)

※以下は福祉課 介護福祉係で記載。

氏 名		
本人 確認 書類	1つで足りるもの (顔写真つきのもの)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()
	2つの提示を求めるもの	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> その他 ()