

令和 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 _____

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 () |