

障害者控除対象者認定申請書

西宮市長 様

年 月 日

申請者	氏名			
	住所	〒		対象者との続柄
		(:)		

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（特別障害者）として認定されたく申請します。

なお、認定にあたっては、認定事務に必要な対象者の介護保険等の情報を市が調査することを承諾します。

対象者	住所	〒 西宮市			
	フリガナ 氏名		性別	男・女	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			
	介護保険 被保険者番号				
税申告に必要な年分をご記入ください	年分	年分	年分	年分	年分
送付先	<input type="checkbox"/> 対象者住所又は届出の送付先		<input type="checkbox"/> 申請者住所		チェックがない場合は対象者住所又は届出の送付先にお送りします

控除を受ける所得のあった年の12月31日現在、要介護1から3の認定を受けている場合は普通障害、要介護4又は5の認定を受けている場合は特別障害の障害者控除区分に該当します。

以下市処理欄

受付者	申請者本人確認資料	手帳
	1.マイナンバーカード 2.運転免許証・運転経歴証明書 3.介護保険被保険者証 4.健康保険証 5.その他 ()	1. 無 2. 有 ()

受付印