

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

つくば市長 宛て

〒  
申請者 住 所  
氏 名  
(対象者との続柄：  
電話番号

下記の者を、所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条第1項第7号及び同条第2項第6号並びに地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条第7号及び第7条の15の7第6号に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたいので申請します。

記

対 象 者	氏 名		介護保険 被保険者番号	
	住 所			
	生年月日	年 月 日	認定申請年	年 分
	要介護認定等の 状況	要介護〈 1 2 3 4 5 〉・要支援〈 1 2 〉 有効期間 年 月 日から 年 月 日まで		
	対象者ご本人が死亡又は出国の場合は、その年月日を記載してください。 年 月 日			

【対象者同意欄】

認定に当たっては、私の介護保険に係る要介護認定情報その他これに準ずる情報を調査することに同意します。

対象者氏名 \_\_\_\_\_ [代筆者 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)]

※ 対象者ご本人が死亡の場合、上記署名は不要です。

つくば市記入欄

申請時確認欄			対応者
対象者確認書類	申請者確認書類	その他確認事項	
<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> つくば市在住	確認者
		受付方法 <input type="checkbox"/> 窓口受付 <input type="checkbox"/> 郵便受付	
受理後確認欄			
申請対象年・通数	年分	通	
	年分	通	

