

障がい者控除対象者認定申請書

年 月 日

岡崎市福祉事務所長

〒
申請者 住所
氏名

続柄 ()
電話 (-)

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8第6号に定める障がい者又は特別障がい者として認定を受けたいので申請します。

対象者	住所	岡崎市			
	フリガナ 氏名				
	生年月日	年 月 日生	性別	男・女	
介護保険 被保険者証	要介護度	1・2・3・4・5			
	被保険者 番号				
	認定 有効期間	年 月 日から	年 月 日まで		
申告の対象となる年	年分				
※要介護認定を受けていない複雑な介護を要する状態の場合は、医療費控除を申告する際に要する医師の「おむつ使用証明書」(写)を添付しなければならない。					

認定にあたっては、対象者認定基準を確認するために必要に応じて、上記対象者の介護保険認定及び障がい者手帳の情報を利用することに同意します。

対象者氏名（署名又は記名押印）

申請者氏名 (続柄)

様式第1号

障がい者控除対象者認定申請書

年 月 日

岡崎市福祉事務所長

申請者欄は**本人または身内の方（扶養者）**の住所・氏名等をご記入ください。会計事務所様が代理で申請する際は、本書の下の空いている欄に「送付先」として会計事務所様の住所・事務所名等をご記入ください。

(窓口) 申請者

〒444-0000

住所 岡崎市●●町字●●1番地2

氏名 岡崎 一郎

認
印

印

続柄 (長男)

電話 (▲▲-▲▲▲▲)

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8第6号に定める障がい者又は特別障がい者として認定を受けたいので申請します。

対象者	住所	岡崎市●●町字●●1番地2		
	フリガナ氏名	岡崎 太郎		
	生年月日	明治・大正・ 昭和	〇〇年〇〇月〇〇日生	性別 男 ・女
介護保険被保険者証	要介護度	1・2・ 3 ・4・5		
	被保険者番号	※「介護保険被保険者証」をご覧の上、ご記入ください。 (介護保険被保険者証のコピーをご持参ください。)		
	認定有効期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日 から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで		
申告の対象となる年	令和 〇 年分			
※要介護認定を受けていない複雑な介護を要する状態の場合は、医療費控除を申告する際に要する医師の「おむつ使用証明書」(写)を添付しなければならない。				

認定にあたっては、対象者認定基準を確認するために必要に応じて、上記対象者の介護保険認定及び障がい者手帳の情報を利用することに同意します。

対象者氏名 (署名又は記名押印) 岡崎 太郎 **認**印

申請者氏名 岡崎 一郎 (続柄) 長男

※記入例 (この辺りにご記入ください)

送付先 〒444-0000

岡崎市●●町字●●1番地2

■会計事務所 (担当: ▲▲)

電話: 〇〇-〇〇〇〇