

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7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
介護保険 被保険者証	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
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)を添付すること。		

以下該当する項目の□にレ点を入れてください。

<input type="checkbox"/> ①認定にあたっては、障がい者控除対象者認定基準を確認するために、私の介護認定情報及び障がい者手帳の情報を利用することに同意します。 <input type="checkbox"/> ②申請者に、障がい者控除対象者認定に係る申請及び障がい者控除対象者認定書の受領に関する一切の権限を委任します。 <input type="checkbox"/> 翌年以降も障がい者控除の認定対象となる場合、①及び②に同意し、障がい者控除対象者認定書を申請者の住所宛てに発送することを希望します。 ※送付先を変更する場合は、再度申請をしていただく必要があります。
対象者氏名（署名又は記名押印） _____

※以下記入不要（市処理欄）

申請者の 身元確認	写真有1点 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 ()
	写真無2点 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> その他()
※本人死亡の場合→ <input type="checkbox"/> 親族関係を証明できる書類	
確認者	

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

〒 444-●●●●

申請者 住所 岡崎市●●町字●●1番地2

氏名 岡崎 一郎 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7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	昭和●●年 ●●月 ●●日生
介護保険被保険者証	要介護度	1・2・3・4・5
申告の対象となる年		令和 ●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)を添付すること。		

以下該当する項目の□にレ点を入れてください。

<input checked="" type="checkbox"/> ①認定にあたっては、障がい者控除対象者認定基準を確認するために、私の介護認定情報及び障がい者手帳の情報を利用することに同意します。
<input checked="" type="checkbox"/> ②申請者に、障がい者控除対象者認定に係る申請及び障がい者控除対象者認定書の受領に関する一切の権限を委任します。
<input checked="" type="checkbox"/> 翌年以降も障がい者控除の認定対象となる場合、①及び②に同意し、障がい者控除対象者認定書を申請者の住所宛てに発送することを希望します。
※送付先を変更する場合は、再度申請をしていただく必要があります。
対象者氏名（署名又は記名押印） 岡崎 太郎 ※以下記入不要（市処理欄）

申請者の身元確認	写真有1点 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 ()
	写真無2点 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> その他 ()
※本人死亡の場合 → <input type="checkbox"/> 親族関係を証明できる書類	
確認者	