

年 月 日

（宛先）高 崎 市 長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_  
対象者との続柄（ \_\_\_\_\_ ）

障害者控除対象者認定申請書

次の者について、所得税法施行令（昭和 4 0 年政令第 9 6 号）第 1 0 条及び地方税法施行令（昭和 2 5 年政令第 2 4 5 号）第 7 条又は第 7 条の 1 5 の 7 に定める障害者又は特別障害者としての認定を申請します。

| 障害者控除認定対象者 |       |          |             |
|------------|-------|----------|-------------|
| 氏 名        |       | 生年月日     | 明・大・昭 年 月 日 |
| 住 所        |       |          |             |
| 性 別        | 男 ・ 女 | 要介護認定の有無 | 有 ・ 無       |

障害者控除対象者認定に当たっては、要介護認定票及び主治医意見書、並びに福祉サービス申請書類等を認定資料として閲覧し、使用することに同意します。

年 月 日

対象者同意書 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

|               |  |         |  |
|---------------|--|---------|--|
| 提出者（窓口に来られた方） |  | 対象者との続柄 |  |
|---------------|--|---------|--|

- 以下は記載しないで下さい-----
- ・ 受 付 方 法

☐窓口申請      ☐郵送申請
- ・ 提出者確認書類

☐運転免許証      ☐健康保険証      ☐介護保険被保険者証

☐その他( \_\_\_\_\_ )