

# 記入例

様式第1号

## 障害者控除等対象者認定申請書

令和●●年●●月●●日

(宛先) 佐倉市長

1 申請者

認定書は申請者様あてにご郵送します。

住所	〒285-●●●●● 佐倉市●●△-△	
フリガナ	サクラ ハナヨ	対象者との続柄  ( 子 )
氏名	佐倉 花代	
電話番号	●●●-●●●-●●●●	

次の者を、所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第7条又は同令第7条の15の7に定める障害者控除等対象者に認定するよう申請します。

2 対象者

住所	佐倉市●●△-△		
フリガナ	サクラ タロウ	申告の対象となる年の12月31日時点の要介護度に○をしてください。(対象者が死亡、又は出国している場合は、その時点の要介護度に○をしてください。)	
氏名	佐倉 太郎		
生年月日	昭和●●年●●月●●日	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
被保険者番号	0000111111	要介護度	1・2・3・4・ <input checked="" type="radio"/> 5
対象者が死亡、又は出国している場合は、その年月日		年	月 日

3 使用目的

年分の所得にかかる申告等に使用するため

対象者が死亡し、又は出国している場合のみ、記入してください。

4 認定書が必要な時期

次のいずれかに○をしてください。

ア 確定申告または市・県民税申告までに必要(1月に郵送)

イ 年末調整までに必要(11月に郵送)

※1) いずれの選択もない場合は、1月に認定結果をご郵送します。

※2) 1月以降の申請または過年度の申請をされた場合は、受領次第審査し、認定結果をご郵送します。

5 同意事項

認定にあたり要件確認のため、必要に応じて私の介護保険等の情報を市が調査することに同意します。

氏名 佐倉 太郎

(代筆者氏名) 佐倉 花代 (続柄) 子

**【提出先】** 〒285-8501  
佐倉市海隣寺町97番地  
佐倉市役所 介護保険課 介護認定班  
**【お問い合わせ先】** 043-484-1771 (直通)