

障害者控除等対象者認定申請書

年 月 日

(宛先) 佐倉市長

1 申請者

住 所	〒		
フリガナ			対象者との続柄 ()
氏 名			
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					
フリガナ					
氏 名					
生年月日	年	月	日	性 別	男 ・ 女
被保険者番号				要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 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

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分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。(本人署名の場合は押印不要)

氏 名 _____ (印)

(代筆者氏名) _____ (続柄)