

障害者控除対象者認定書交付申請書

××年××月××日

瀬戸内市福祉事務局長

様

認定書はこの住所
に送付します。

〒×××-××××

住所 瀬戸内市邑久町尾張〇〇番地

申請者 氏名 瀬戸内 太郎

電話番号 (0000) 00-0000

続柄: 対象者本人 代理人 相続人 後見人等

所得税法施行令(昭和40年政令第96号)第10条及び地方税法施行令(昭和25年政令第245号)第7条又は第7条の15の7に定める 障害者・特別障害者 として認定を受けるため申請します。

対象者 (本人)	住 所	瀬戸内市邑久町尾張〇〇番地									
	(ふりがな) 氏 名	せとうち はなこ 瀬戸内 花子							(性別: 男・女)		
	生年月日	明治	昭和	〇年 〇月 〇日 (〇歳)		大正 平成					
介護保険被保険者番号		0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
同意欄	認定にあたり要件確認のため、私の介護保険等の情報を市福祉事務所が調査することに同意します。 対象者(本人)署名 : 瀬戸内 花子 【記入必須】 (対象者が署名困難な場合は、同意を得た上で代筆) 代筆者(申請者)署名 : 瀬戸内 太郎										
	対象者が 年 月 日死亡のため、同意を得ることができません。										
委任欄	◎代理人のみ以下に記入 私は、申請及び認定書の受取りを、上記申請者(代理人)に委任します。 対象者(本人)署名 : 瀬戸内 花子 【記入必須】 (対象者が署名困難な場合は、同意を得た上で代筆) 代筆者(申請者)署名 : 瀬戸内 太郎										
	対象年	1. 令和 〇 年分				2. 年分 ~ 年分					

※以下は記入しないでください

複数年必要な場合はこちらに記入ください。

受付時確認欄

申請者	確認書類等	申請者の身分証等
<input type="checkbox"/> 対象者(本人)		
<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 委任状(委任欄)	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳
<input type="checkbox"/> 相続人	<input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> 戸籍 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証
<input type="checkbox"/> 後見人等		<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他

●この申請書は郵送可能です。

【郵送申請の場合】※下記宛てに郵送してください。

申請者の「確認書類等」「申請者の身分証等」の写しの添付が必要です。

●長船支所、牛窓支所、裳掛出張所でもお預かりします。

【窓口申請の場合】

申請者の「確認書類等」「申請者の身分証等」の掲示が必要です。

< 郵送先・問い合わせ先 >

〒701-4292 瀬戸内市邑久町尾張300-1

瀬戸内市健康福祉部健康長寿課 高齢者支援係 TEL 0869-24-8869 FAX 0869-24-8840