様式第1号（規格 A4）（第3条関係）

障害者控除対象者認定申請書

年　　月　　日

みどり市長　　様

下記の介護保険の被保険者を、所得税法施行令第10条第1項第7号及び第2項第6号並びに地方税法施行令第7条第7号及び第7条の15の7第6号に規定する障害者又は特別障害者として認定願います。

被保険者	フリガナ		被保険者番号	
	氏名			
	生年月日	年　　月　　日	性別	男　・　女
	住所	〒　　－		
	電話番号	（　　）		

同意及び申請の委任欄

☐　私は、認定に係る審査の必要に応じて、要介護認定情報等をみどり市長が閲覧することに同意します。

【被保険者が申請を代理人に委任する場合】

☐　私は、下記の者を代理人と認め、障害者控除対象者認定の申請及び障害者控除対象者認定書の受領の権限を委任します。

（被保険者氏名）　　印

申請者	☐　被保険者と同じ ☐　被保険者以外（被保険者以外の人が申請する場合は以下に記入・押印してください。）			
	氏名	印	被保険者との続柄	
	住所	〒　　－		
	電話番号	（　　）		

【申請書の提出の委任欄】（申請者以外の人が申告書を提出する場合は以下に記入・押印してください。）

私は、下記の者を申請書の提出の代理人と認め、障害者控除対象者認定申請書の提出を委任します。

（申請者氏名）　　印

提出者の氏名		申請者との続柄	
電話番号	（　　）		

注　この申請書は、所得税又は市県民税の申告で障害者控除を受けるための認定申請書です。

（市確認欄）

要介護度　：	認定期間　：　　～	
障害高齢者自立度　：	認知症高齢者自立度　：	

市長	副市長	部長	次長	課長	課長補佐	係長	主査	係	係員
別紙のとおり認定してよろしいか伺います。									