

伊勢原市福祉事務所長 殿

(申請者) 住所  
 氏名  
 電話  
 対象者との関係

障害者控除対象者認定申請書

所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第7条又は第7条の15の7に定める障害者又は特別障害者に準ずる者として、次の対象者に係る障害者控除対象者（障害者・特別障害者）としての認定を申請します。

対象者	住所			
	氏名	(フリガナ) -----	生年月日	年 月 日
	要介護度等	介護(1・2・3・4・5) ねたきり等登録		
認定基準日	年 月 日現在の状況			
申請理由	年分 所得税確定申告等に使用するため			
伊勢原市が所有する要介護認定に関する情報を取得することについて同意します。 対象者氏名 (代筆可) _____				

----- 以下は記載しないでください -----

《伊勢原市処理欄》

次のとおり決定してよろしいでしょうか。

課長	係長	合議	起案者	決定区分	公印使用承認印
				<input type="checkbox"/> 特別障害者に認定 <input type="checkbox"/> 障害者に認定 <input type="checkbox"/> 認定しない	・ ・
申請者の本人確認		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	

