

記入例

障害者控除対象者認定申請書

令和 ● 年 ● 月 ●● 日

豊橋市福祉事務所長 様

△注意事項

太枠内をすべて記入してください。
各欄をはみ出さないように記入してください。

下記の対象者に、障害者控除対象者認定申請書（昭和25年政令第163号）に基づき、及び地方税法施行令（昭和25年政令第163号）に基づき、障害者控除対象者または特別障害者として認定を申請する。

また、障害者控除対象者認定申請にあたり、対象者の東三河広域連合が保有する介護保険の要介護認定等の情報を確認することについて、対象者の了承を得た上で同意します。

認定書は申請者住所に送付します。

申請者	カナ	トヨハシ		ハナコ		
	氏名	姓	豊橋		名	花子
	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()				
	郵便番号	〒	4	4	0	- 〇 〇 〇 〇
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 対象者住所と同じ 本人と同住所の場合、レ点を記入。 豊橋市〇〇町〇番地 〇〇マンション〇〇〇号室				
電話番号	(〇〇〇〇)-(〇〇)-(〇〇〇〇)					

介護保険被保険者証(黄色)の10桁の番号を記入してください。

対象者(本人)	被保険者番号	1	1	0	0	1	2	3	4	5	6	
	郵便番号	〒	4	4	0	-	〇	〇	〇	〇	〇	
	住所	豊橋市〇〇町〇番地 〇〇マンション〇〇〇号室										
	カナ	トヨハシ		タロウ								
	氏名	姓	豊橋		名	太郎						
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和		〇	年	〇	月	〇	日			
対象年	令和 6 年分											

認定を受けていないねたきり老人の場合は、医師が発行した「おむつ使用証明書」(写し)を添付。

事務処理欄	受付者	受付印	申請番号	備考欄
	受付方法		交付年月日	
	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送			