

## 障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

豊橋市福祉事務所長 様

下記の対象者について、所得税法施行令（昭和 4 0 年政令第 9 6 号）第 1 0 条及び地方税法施行令（昭和 2 5 年政令第 2 4 5 号）第 7 条または第 7 条の 1 5 の 7 に定める障害者または特別障害者として認定を受けたく申請します。

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。

申請者	カナ		
	氏名	姓	名
	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他（                      ）	
	郵便番号	〒	—
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者住所と同じ	
	電話番号	(                      )—(                      )—(                      )	

対象者（本人）	被保険者番号		
	郵便番号	〒	—
	住所		
	カナ		
	氏名	姓	名
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和                      年                      月                      日	
	対象年	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）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			