記　入　見　本

令和〇年　〇月　〇日

東大和市長　殿

〒207-0015

住所　東大和市中央 4-5-6

申請者　氏名　東大和　太郎

電話　042（XXX）XXXX

対象者との続柄　長男　）

申請者の住所、氏名、電話番号、本人との関係性を記入してください。

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に規定する障害者控除対象者としての認定を下記のとおり申請します。

記

本人の被保険者番号、住所、氏名、生年月日を記入してください。

対象者	介護保険被保険者番号	123456		
	氏　名	東大和　花子	生年月日	昭和２年　１月　１日
	住　所 電話番号	□申請者と同じ 東大和市　中央 3-930	電話　042（　563　）2111	
対象時期（※1）	令和〇　年 12 月 31 日時点（いずれかに〇：要支援 1・2　要介護 1・2・3・4・5）			
	＿＿＿年 12 月 31 日時点（いずれかに〇：要支援 1・2　要介護 1・2・3・4・5）			
	＿＿＿年 12 月 31 日時点（いずれかに〇			
	＿＿＿年 12 月 31 日時点（いずれかに〇：要支援 1・2			
	＿＿＿年 12 月 31 日時点（いずれかに〇：要支援 1・2			
同意欄（※2）	この申請に基づく認定のため、要介護認定又は要支援認定に係る情報について、東大和市長が確認することに同意します。			

認定書をお出しする対象時期、その時の介護度を記入してください。
※介護度の記入がない場合でも受付いたします。

※1：最大過去５年分まで申請可能です。年の途中で死亡した場合は、当該年分は死亡した日の状況となります。
※2：同意しない場合は、同意欄の文言を横線で消し、医師の意見書または診断書を添付してください。
※3：申請を行う方の本人確認書類等の提示（郵送の場合は写しの添付）をしてください。
※4：本人の親族が請求を行う場合は、本人との関係性を証明する書類（戸籍謄本等）を添付してください（本人と別居の場合に限る）。

市処理欄

市処理欄のため記入しないでください。

得点表	点	認　定	非該当・障害者・特別障害者	