

障害者控除対象者認定申請書

多摩市福祉事務所長 殿

対象者ご本人や対象者を扶養している納税義務者、後見人など認定書を必要としている方(認定書は申請者に送付します)

令和5年10月1日

何年分の申告に使用するかを記入してください

申請者 住所 多摩市関戸6-12-1
氏名 関戸 三郎
電話 042-375-8111

下記の者を、令和5年分の税申告のため、所得税法施行令(昭和40年政令第96号)第10条第1項第7号又は第2項第6号及び地方税法施行令(昭和25年政令第245号)第7条第7号又は第7条の15の7第6号に規定する障害者・特別障害者として認定を受けたいので申請いたします。

対象者	住所	多摩市関戸6-12-1	
	氏名	関戸 華子	
	生年月日	大正・昭和 20年8月15日	
	性別	男性・女性	
	申請者との続柄	母	
	介護保険の認定状況	要介護認定	要介護 (3)
介護保険被保険者番号		第 1234567 号	

上記対象者の障害者控除対象者認定のために、多摩市長が介護保険の要介護認定に係る医師の意見書について閲覧することに同意します。

対象者の氏名 氏名 関戸 華子

※身体障害者手帳1・2級又は精神障害者保健福祉手帳1級の認定を受けている方は、特別障害者控除を受けられるため、本申請を行う必要はありません。

<以下市役所使用欄>

受付年月日	年 月 日
要介護度	要介護 1 2 3 4 5
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
障害高齢者自立度	自立 J A B C
認知症高齢者自立度	自立 I II III IV M
宛名(住民)コード	

確認印	
	非該当
	障害
	特別障害