

## 障害者控除対象者認定申請書

（宛先）前橋市長

所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条及び地方税法施行令（昭和25年政令第245号）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。

				申請日	令和	年	月	日					
被 保 険 者	被保険者番号							認定日	令和	年	月	日	
	フリガナ								介護度	要介護 1・2・3・4・5			
	氏名								生年月日	明・大・昭	年	月	日
									性別	男	・	女	
	住所	〒							電話番号 ( )				
対象年	令和	年分	被保険者が死亡または出国している場合										
			令和	年	月	日	死亡・出国						
審 査 方 法	次のいずれかの番号に○をしてください。なお、 <b>2</b> は添付資料が必要です。												
	<b>1</b> 前橋市保管の要介護認定資料												
	前橋市長が障害者控除対象者の認定審査の必要に応じて、被保険者本人の要介護認定に係る要介護認定資料を閲覧することに同意します。  被保険者氏名 _____ ※被保険者が死亡している場合、相続人の氏名をご記入ください。												
<b>2</b> 転出元自治体保管の要介護認定資料													

申 請 者	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> （被保険者以外で）所得の控除を受ける人→下記を記入										
	フリガナ								被保険者 との続柄		
	氏名										
住所	〒							電話番号 ( )			
提 出 者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外→下記を記入										
	氏名								申請者 との続柄		
	住所	〒								電話番号 ( )	

※認定結果は申請者宛に送付します。

市役所処理欄

受付日	受付者	本人確認	障害高齢者 自立度	認知症高齢者 自立度	確認	確認者	発送日
		写付1 免・個カ・( ) 写無2 保・( )	A1 A2 B1 B2 C1 C2	Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M	特・普・非		