

記入例

障害者控除対象者認定申請書

八王子市長 殿

令和〇年〇月〇日

対象者	住所	八王子市 元本郷町3-24-1	介護保険被保険者 番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	フリガナ 氏名	ハチオウジ タロウ 八王子 太郎	生年月日	明治・大正 昭和 10年10月10日									
	対象年	令和△年分	電話	042 - 626 - 3111									
		対象者が死亡又は出国されている場合はその年月日 < 年 月 日 >											

所得税法施行令第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控除対象者としての認定を申請します。

<同意事項>

八王子市長が障害者控除対象者の認定のために必要があるときは、要支援認定・要介護認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を閲覧することに同意します。

令和〇年〇月〇日

<申請者（対象者）> 住所 八王子市元本郷町3-24-1

対象者ご本人の氏名をご記入ください。

氏名 八王子 太郎

※約6か月以内の転入者、住所地特例者又は総合事業の事業対象者認定を受けている方は、介護保険の被保険者証及び医師意見書（第2号様式）の添付が必要になります。

提出者・ 郵送受取人	<input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れて下さい		
	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ		
	<input checked="" type="checkbox"/> 対象者以外 ⇒ 以下も記入して下さい		
住所	八王子市市安町4-7-1 サザンスカイタワー4階	電話	042 - 620 - 1158
氏名	八王子 市子	対象者との続柄	子

申請時に必要な書類について

- 対象者を確認できる書類：介護保険証・健康保険証（コピー可）、通知書など
- 提出者の本人確認書類：運転免許証、保険証など

提示（郵送の場合は、コピーの同封）がない場合、認定書の発行ができませんのでご注意ください。

一分 事業対象者

受付者

確認者