

障害者控除対象者認定申請書

八王子市長 殿

年 月 日

対象者	住 所	八王子市	介護保険被保険者 番 号						
	フリガナ 氏 名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日					
	対象年	年 分	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。

年 月 日

〈申請者（対象者）〉住 所

氏 名

※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 type="checkbox"/> 対象者以外 ⇒ 以下も記入して下さい								
	住 所					電 話	— —		
氏 名					対象者との続柄				

【市事務処理欄】

【受付印】

代理 確認	※写し可 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()	提出 者 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()	添付 書類	(必要時のみ) <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 医師意見書
状態 区分	要支援 要介護 事業対象者			発行番号	
		受付者		確認者	