

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

（宛先）八千代市長

（申請者）

住 所

氏 名

電話番号

対象者との関係

所得税法施行令及び地方税法施行令に規定する障害者又は特別障害者の認定を申請します。

対象年	年				
対 象 者	被保険者番号		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏 名		性 別	男 ・ 女	
	住 所	電話番号			
	要介護度	1 2 3 4 5 いずれかに○を付けてください。			
	在宅重度認知症高齢者手当の受給	有 ・ 無			
	ねたきり老人福祉手当の受給	有 ・ 無			
	年の中で死亡し、又は出国している場合はその日を記入してください。	年 月 日			

本認定に当たり、私の要介護認定に係る情報並びに在宅重度認知症高齢者手当及びねたきり老人福祉手当の受給状況を確認することに同意します。

本人（対象者）氏名 _____