

障害者控除対象者認定申請書

豊島区福祉事務所長 宛

(申請者)

申請年月日	年	月	日
【住所】〒	_____		
_____	_____		
【氏名】(フリガナ)	_____		
_____	_____		
【電話番号】 _____ () _____	【対象者との続柄】 _____	_____	

下記の者を、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に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたく申請します。

対象者 (認定を受ける方)	住所	□申請者と同じ（申請者と同じ場合には□に✓をつけてください。） 〒 豊島区		
	(フリガナ) 氏名	□申請者と同じ（申請者と同じ場合には□に✓をつけてください。）		
	電話番号	()		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		
	障害者手帳等の有無	あり・なし	介護度等	要介護・要支援 1 2 3 4 5
	現在の状況	□寝たきり・□認知症・□その他 ()		
申請理由	□年末調整用 □確定申告用・準確定申告用 (過去にさかのぼって認定希望の場合には下記に○をつけてください。) () 希望します			

上記申請に伴い、対象者の要介護認定に関する情報を豊島区が調査・照会及び利用することに同意します。

申請者氏名 _____

※鉛筆・シャープペンシル・消せるボールペンでは記入しないでください。

(職員記入欄) 受付者 _____

申請方法	□郵送 □窓口(代理人)	必要書類	□介護保険証(□医師証明書)
申請者確認方法	□運転免許証 □健康保険証 □後見人登記事項証明書 □その他 ()		