

障害者控除対象者認定申請書

高梁市長 様

年 月 日

申請者

フリガナ

電話番号

氏名

()

〒

住所

続柄

(

)

次の者を、所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条第1項第7号及び同条第2項第6号並びに地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条第7号及び第7条の15の7第6号に定める者として認定されたく申請します。また、認定に当たっては認定基準確認のため必要に応じて、対象者の要介護認定情報を市長が調査することに同意します。

対象者	フリガナ		被保険者番号									
	氏名 (自署又は代筆)		生年月日	明治 昭和	大正 平成	年	月	日				
	住所	〒					性別	男	女			
	対象者本人が（自署困難・死亡）のため氏名を代筆し、代理人として上記同意書に同意します。 代筆者(申請者)署名:.....(続柄:.....)											
対象年	年分申告用として		対象者が死亡している場合 年 月 日 死亡									

注1 申請者は対象者の障害事由の変更・消滅が生じた場合、速やかに市長にその旨を報告しなければなりません。

<高梁市記入欄>

受付印		内容確認					交付方法	
	年 齢	(対象年の12月31日又は資格喪失現在)					郵送 ・ 窓口	交付(郵送)日
	要 介 護 度	要 介 護 (1 2 3 4 5)						
	要 介 護 認 定 有 効 期 限	年 月 日 ~ 年 月 日						
受付者	死亡・出国日	.	.	内容確認者				