

障害者控除対象者認定申請書

〇年 〇月 〇日

長野市福祉事務所長 宛

下記の者を、所得税施行令（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条に定める（障害者・特別障害者）として認定して下さるよう申請します。

申請者	住所	〒 380-8512	電話番号	224-〇〇〇〇
		長野市大字鶴賀緑町1613番地		
	フリガナ氏名	長野 太郎	対象者との続柄	長男
対象者	住所	(申請者と異なる住所の場合のみ記入)		
	フリガナ氏名	長野 花子		
	生年月日	明治・大正・昭和 〇年 〇月 〇日 (80 歳)		
	介護保険	1、要支援() 2、要介護(4) 3、未申請 4、申請中 被保険者番号 (000123456)		
同意欄	<input checked="" type="checkbox"/> 障害者控除対象者認定申請にあたり、対象者の要件を確認するために、介護保険要介護認定情報(障害高齢者自立度、認知症高齢者自立度等)を利用することに同意します。			

※上記の個人情報利用に同意する場合は、同意欄へ☑してください。

同意欄へ☑をしてください。

長野市処理欄

申請者確認欄	運 ・ 個 ・ 在 ・ 旅 ・ 障 ・ 住 ・ 国 ・ 後 ・ 健 ・ 介 診 ・ キヤ ・ 他 ・ 聴 有効期限 (. .)
対象者確認欄	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 ()