

障害者控除対象者認定申請書

年 月 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	〒	電話番号	
	フリガナ氏名		対象者との続柄	
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		性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		
	介護保険	1、要支援() 2、要介護() 3、未申請 4、申請中 被保険者番号 ()		
同意欄	<input 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される場合は、同意欄へ☑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・キャ・他・聴 有効期限 (. .)
対象者確認欄	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 ()