

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

江戸川区福祉事務所長 殿

申請者	住所	
	氏名	対象者との関係 ()
	電話	

所得税法施行令（昭和40年政令第96条）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・特別障害者としての認定を受けたく申請します。

認定対象者	フリガナ 氏名		住所	江戸川区
	生年月日	年 月 日 (歳)	電話	
	対象年	年分 対象者が死亡または出国されている場合はその年月日 《 年 月 日 》		
	要介護 状態区分	要介護 ()	被保険者番号	

この認定に際し、介護保険法に基づく対象者の介護認定に関する情報を調査・照会及び利用することに同意します。
あわせてこの申請書の記載内容と申請書により認定を受けた控除対象者情報、ならびに税控除にかかる必要な情報を江戸川区福祉事務所長が税務署、または税主管課へ必要に応じて情報提供することに同意します。

認定対象者 _____

対象者との関係

代筆者 _____

()

区使用欄

窓口申請 郵送申請

① 認定対象者確認書類： 介護保険被保険者証（原・写） 健康保険証

マイナンバーカード その他 ()

<認定対象者死亡の時> 死亡届（死亡診断書） 戸籍（原・写）

② 申請者確認書類 : 介護保険被保険者証 健康保険証 運転免許証 マイナンバーカード

（来庁者） 登記事項証明書 その他 ()