様式第3号

障害者控除対象者認定 申請書

宗像市長 あて

次のとおり、対象者を障害者控除対象者(所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第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)として認定されるように申請します。

				申請年月日	令和　年　月　日
対象者	フリガナ			介護保険被保険者番号	
	氏名	姓	名	生年月日	大正・昭和　年　月　日
	住所	〒　－			
				電話番号	－　－
	要介護度等	要支援　1・2　要介護　1・2・3・4・5			
	介護認定の有効期間	平成・令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日			
	介護認定年月日	平成・令和　年　月　日			

使用目的	平成・令和　年分 所得税・市県民税申告のため

申請者	フリガナ			対象者との関係	1. 本人 2. 配偶者 3. 親族［　］ 4. その他［　］ ※4.については委任状が必要です。
	氏名	姓	名		
	住所	〒　－ ※対象者の住所と同じ場合は「同上」で可		電話番号	－　－

≪確認・同意欄≫

次に記載する事項について確認・同意し、□に✓を入れてください。
全ての□に✓を入れたうえで、本人または申請者署名欄に署名をしてください。

□ 対象者は障害者手帳を持っていません。

□ 認定が必要な期間の始期時点の対象者の年齢は65歳以上です。

□ 認定にあたって、市が保有する対象者の介護保険要介護認定・要支援認定に係る審査会資料(認定調査票及び主治医意見書を含む)を確認することに同意します。

□ 対象者の障害事由の変更又は消滅が生じた場合は、速やかに宗像市介護保険課に届け出ます。

※裏面の太枠内も記載されてください。

本人 又は 申請者署名

以下、市町村記入欄

文書閲覧押印欄			
文書取扱員	所属長	係長	係員

窓口受付者

収受印押印欄