

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

可児市長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 (_____) _____

対象者との続柄 _____

下記の者を、所得税法施行令（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条又は第7条の15の7に定める

障 害 者
特別障害者
として認定されたく申請します。

なお、障害者控除対象者の認定にあたり、介護認定にかかる認定結果及び調査等の内容を利用することに同意します。

記

対象者	被保険者番号										
	住 所										
	氏 名										
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日					性別	男 女			
居住の状況	在宅・介護保険施設・グループホーム・有料老人ホーム・病院・その他 (施設名： _____)										
備考											

受付確認欄

申請者の身分証明	マイナンバーカード・運転免許証・パスポート 健康保険証・介護保険証・その他 (_____)
交付方法	窓口 ・ 郵送 (月 日)
区 分	年末調整 ・ 確定申告