

障害者控除対象者認定申請書

豊島区福祉事務所長 宛

(申請者)

	申請年月日
【住所】〒	

(フリガナ)	
【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に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたく申請します。

対象者 (認定を受ける方)	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（申請者と同じ場合には□に✓をつけてください。） 〒		
	(フリガナ)氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（申請者と同じ場合には□に✓をつけてください。）		
	電話番号			
	生年月日			
	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	介護度等	<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援 1 2 3 4 5
	現在の状況 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 加齢等により介護を要し、身体障害者に準ずる状況である <input type="checkbox"/> 認知症等により介護を要し、知的障害者に準ずる状況である <input type="checkbox"/> おむね6か月以上に渡って、寝たきりの状況である		
申請理由	<input type="checkbox"/> 年末調整用 <input type="checkbox"/> 確定申告用・準確定申告用 （過去にさかのぼって認定希望の場合には下記に○をつけてください。） () 希望します			

上記申請に伴い、対象者の要介護認定に関する情報を豊島区が調査・照会及び利用することに同意します。（※鉛筆・シャープペンシル・消せるボールペンでは記入しないでください）

申請者氏名 _____

(職員記入欄) 受付者 _____

申請方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口（代理人 ） <input type="checkbox"/> 電子	必要書類	<input type="checkbox"/> 介護保険証（ <input type="checkbox"/> 医師証明書）
申請者確認方法	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード(表面) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 後见人登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他()		