

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

(申請先) 美作市長

申請者

〒

住 所

氏 名

印

電話番号

障害者控除対象者との関係 ()

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を受けたいので申請します。

障害者控除対象者

住 所		氏 名	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	介護保険被 保険者番号	

【本人同意欄】

私は、障害者控除対象者認定において、美作市が私の要介護認定資料（認定調査票・主治医意見書）を活用することに同意します。

(必ず記入)

(代筆の場合)

本人署名

代筆者名(申請者)

注) 申請の際は、次に掲げる書類等を提示又は写しを提出してください。

- (1) 申請者の確認として、運転免許証、住民基本台帳カード、旅券（パスポート）、健康保険被保険者証、介護保険被保険者証などの公的な証明書。
- (2) 申請者が本人の家族等であることの確認として、本人の介護保険被保険者証、本人の医療保険証、成年後見人であることの事実関係を証する書類などの公的な書類。

※郵送による申請について、郵送先（申請者住所）が本人の住民票上の住所地の場合は、上記(1)は不要です。

総合支所受付

本庁受付