

障害者控除対象者認定申請書

申請日 年 月 日

安城市社会福祉事務所長

下記の対象者を、所得税法等に基づく障害者控除対象者として認定して下さるよう申請します。なお、認定にあたって、要介護認定に係る認定調査票及び主治医意見書を確認することに同意します。

申請者住所 〒

申請者氏名 対象者との続柄

電話番号（日中繋がる電話番号）

対象者住所 ☐ 申請者に同じ

対象者氏名 ☐ 申請者に同じ

対象者生年月日 大・昭 年 月 日

介護保険被保険者番号

認定申請年 令和 年分

（現年度を含めて過去5年分の申請が可能です。複数年分の申請の場合は必要な年をすべて記入してください）

注意1 太枠内をもれなく記入してください。

2 申請に来た人が本人又は同居の家族以外の場合は、委任状が必要です。

委 任 状

委任日 年 月 日

代理人（委任された人）

住 所

氏 名

私は上記の者を代理人と定め、障害者控除対象者認定申請を委任します。

委任者（委任した人）

住 所

氏 名

(※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

【市記入欄】

202412～

決裁欄）上記のとおり、障害者控除対象者認定申請があり、審査したところ、判定結果のとおり該当しますので、別紙のとおり認定書を交付してよろしいか。

課長	主幹	課長補佐	専門主査	判定結果	・障害者認定（障 3～6 準ずる） 年分 ・特別障害者認定（障 1.2 準ずる） 年分 ・非該当（却下）