様式第１号（第４条関係）

年分障害者控除対象者認定申請書

年　　月　　日

（あて先）本庄市長

申請者（確定申告をする者）

〒

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄

電話番号

来庁者　□申請者と同じ

〒

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄

電話番号

以下の者について、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に規定する障害者又は特別障害者に準ずる者として認定を受けたいので申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 住　所 | □申請者と同じ〒 |
| 氏　名 | □申請者と同じ | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 |  | 性　別 | 男　・　女 |

障害者控除対象者認定のために、上記対象者の介護保険の要介護認定に関する情報を市が確認することに同意します。また、本庄市が対象者の要介護認定情報を保有していない場合は、他市町村に照会することに同意します。

対象者氏名

※次年度以降は、申請者宛に一斉発送となるため、申請手続きは不要となります。