

海老名市障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

海老名市福祉事務所長 殿

〒

申請者 住所
(フリガナ)

氏名

電話番号

対象者との続柄

所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条第1項第7号及び同条第2項第6号並びに
地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条第7号及び、第7条の15の7第6号に定める
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。

※太枠内及び同意欄をご記入下さい

対象者	住所	海老名市					
	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	大正 昭和	年	月	日	性別	男・女
	※対象者が死亡されている場合は、死亡日を記入						年 月 日
介護保険被保険者証の番号							
※申告をする年度のみ記入してください							
申告年	年	年	年	年	年	年	
※介護保険者証を確認して記入してください							
要介護度 状態区分等							
認定の 有効期間	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	

- 【申請時に必要なもの】 申請者の顔写真付き身分証明書（運転免許証など）
 申請者の顔写真付き身分証明書（運転免許証など）
 ※ 郵送申請はコピー添付 対象者の介護保険者証

認定にあたり、私(対象者)の介護保険要介護認定資料等を調査確認することに同意します。
 また、翌年度以降の申請を省略し、必要に応じて同様の調査確認することに同意します。

対象者氏名(自署)
 対象者が自署困難な場合
 代署者氏名(自署) (続柄)

<市処理欄>

申請者本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()					
台帳No.		区分		認知度 寝たきり 度		
AGK	市	備考				
			遡り用			