

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
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

※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

【 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）
※ 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	☐ 免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他 ()					
台帳No.		区 分		認知度 寝たきり 度		
AGK	市	備考	遡り 用			

海老名市障害者控除対象者認定申請書

2025年 1 月 15 日

海老名市福祉事務所長 殿

〒243-0404

申請者 住所 海老名市勝瀬175番地の1
(フリガナ) エビナ タロウ
氏名 海老名 太郎

電話番号 046-000-△△△△

対象者との続柄 夫

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 勝瀬175番地の1										
	フリガナ	エビナ ハナコ										
	氏名	海老名 花子										
	生年月日	大正昭和	20	年	1	月	1	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		0000123456										
※申告をする年度のみ記入してください												
申告年		令和6	年	年	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		要介護1										
認定の有効期間		R5年1月1日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	
		R7年12月31日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	

【申請時に必要なもの】
※ 郵送申請はコピー添付

☐ 申請者の顔写真付き身分証明書（運転免許証など）
☐ 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) 海老名 太郎 (続柄) 夫

<市処理欄>

申請者本人確認		☐ 免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他 ()									
台帳No.						区分			認知度 寝たきり 度		
AGK	市	備考				遡り 用					