|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 課長 | 係長 | 係員 |
|  |  |  |

第１号様式（第６条関係）

障害者控除対象者認定証明書交付申請書

年　　月　　日

富津市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | 〒 |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |

下記の者について、所得税法施行令第10条並びに地方税法施行令第７条及び第７条の15の７の規定による障害者に準ずる者又は特別障害者に準ずる者として認定されるよう申請するとともに、障害者控除対象者認定証明書の交付申請をします。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 住所 |  | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 明・大・昭  **・　 ・** | |
| 申請理由 | | □　　　　**年分の所得税**の申告に使用するため  □　　　　年度分の市町村民税の申告に使用するため | | | | | | | | | | | | |

介護保険担当課で保管する要介護認定又は要支援認定に係る調査内容及び介護認定審査会による判定結果の情報を障害者控除対象者認定及び障害者控除対象者認定証明書の発行に際して使用することに同意します。

被保険者氏名

※　市使用欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者  手帳 | 要介護  状態区分 | 認知症高齢者の  日常生活自立度 | 障害高齢者の  日常生活自立度 | 認定有効期間 |
| 有・無 |  |  |  | ・　　・　　～　　　・　　・ |
| 申請者確認書類等 | | | 交付確認者 | 交付日 |
| 免許証・パスポート・個人番号カード・その他（　　　　　　　　　　　） | | |  | □ 郵送（　　 　）  □ 窓口（　　 　） |

**記入例**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 課長 | 係長 | 係員 |
|  |  |  |

第１号様式（第６条関係）

障害者控除対象者認定証明書交付申請書

年　　月　　日

富津市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | **〒293-8506**  **富津下飯野2443** |
| 氏名 | **富津　太郎** |
| 電話番号 | **0439 － 80 － 1262** |

下記の者について、所得税法施行令第10条並びに地方税法施行令第７条及び第７条の15の７の規定による障害者に準ずる者又は特別障害者に準ずる者として認定されるよう申請するとともに、障害者控除対象者認定証明書の交付申請をします。

記

※申請理由

所得税の申告をされる場合は上にチェックを、市町村民税の申告をされる場合は下にチェックをしていただき、何年度分かを記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 住所 | **富津市下飯野2443番地** | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | **富津　花子** | | | | | | | | | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 被保険者番号 | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **1** | 生年月日 | 明・大・昭  **12**・**３**・**４** | |
| 申請理由 | | □**令和4年分の所得税**の申告に使用するため  □　　　　年度分の市町村民税の申告に使用するため | | | | | | | | | | | | |

介護保険担当課で保管する要介護認定又は要支援認定に係る調査内容及び介護認定審査会による判定結果の情報を障害者控除対象者認定及び障害者控除対象者認定証明書の発行に際して使用することに同意します。

被保険者氏名　　　**富津　花子**

　※　市使用欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者  手帳 | 要介護  状態区分 | 認知症高齢者の  日常生活自立度 | 障害高齢者の  日常生活自立度 | 認定有効期間 |
| 有・無 |  |  |  | ・　　・　　～　　　・　　・ |
| 申請者確認書類等 | | | 交付確認者 | 交付日 |
| 免許証・パスポート・個人番号カード・その他（　　　　　　　　　　　） | | |  | □ 郵送（　　 　）  □ 窓口（　　 　） |