障害者控除対象者認定申請書

令和　　年　　月　　日

日　田　市　長　　　様

　　　（申請者）　　　〒

住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　認定を受けようとする者との続柄（　　　）

令和　　年分の申告のため、所得税法施行令及び地方税法施行令に定める障害者・特別障害者としての認定を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認定を受けようとする者 | 住　　所 | 日田市 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　年　　　月　　　日 |
| 被保険者番　　号 |  |  |  |  |  |  |  |  | ０ | 0 |
| ＊市記載欄 | 介護保険の要介護状態区分 | 要介護　１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ |
| 要支援　　 　１　・　２ |
| 認定有効期間 | 　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |

　＊市記載欄は記入しないで下さい。

　＊認定書は申請者に後日郵送します。

　＊要介護認定期間が当該年の12月31日前に終了する場合は、要介護更新等認定後に送付します。（資格喪失の場合を除く）