

障がい者控除対象者認定書交付申請書

(あて先) 宇都宮市長

〒 ー

申請者 住所

連絡先

氏名

(被保険者との続柄)

下記の者について、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 障がい者・特別障がい者として認定されるように申請します。

申請年分	令和 年分
フリガナ	
被保険者氏名	
介護保険 被保険者番号	
住 所	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
電話番号	
備 考	

認定にあたっては、要件確認のために、必要に応じて私の介護保険要介護認定等情報を調査することに同意いたします。

被保険者氏名(本人自署)

※対象者が自署困難な場合は、本人に説明し同意を得た上で代署してください。

◎障がい者控除対象者認定書を下記に送付してください。(申請者以外の住所へ送付する場合に記入してください。)

送付先	〒 ー	電話番号：
	住所：	
	氏名：	

保険者処理欄	受付	交付方法(○をつける)	交付担当者	点検者	備 考
		窓口受取			
	郵送	担当者からの指定交付時間			
		月 日 時			