

# 記入例

受付

## 障害者控除対象者認定申請書

申請年月日 2018年 2月 1日

(あて先) 町田市福祉事務所長

所得税法施行令(昭  
和及び地方税法施行  
令の7第6号に規定す

申請される年月日を記入してください。  
(お亡くなりになった方の申請をされる場合は、  
申請年月日欄に亡くなられた日を記入してください。)

項第6  
の15  
す。

申請者	住所	町田市 森野二丁目2番22号	氏名	町田 太郎
				042(724)2141
対象者	住所	町田市 森野二丁目2番22号	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 · 女
	ふりがな	まちだ たらう	生 年 月 日	明治・大正・ <input checked="" type="radio"/> 昭和 10年 10月 10日
	氏名	町田 太郎		
	介護保険被 保険者番号	0 0 0 1 1 1		
認定申請年		平成 30		

申請者は対象者と同じ方としてください。

指定がない場合は、申請日での認定となります。  
確定申告など前年以前の税の控除を受ける場合  
は、「控除を受ける年」を記入してください。

町田市福祉事務所が私の介護保険要  
します。

※申請者以外  
(申請者と住

郵送先は、原則として申請者ご本人(対象者)となります。  
申請者以外の住所に返送を希望される場合は、  
必ず理由を記入してください。

来所者	住所	町田 太郎 東京都新宿区西新宿2-8-1	氏名	町田 太郎 申請者との続柄 (長女)
<input checked="" type="radio"/> 郵送先			電 話	03(5321)1111
理由	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者が入院・入所中		<input type="checkbox"/> その他( )	

### 以下市役所使用欄

対象年	介護度	認定基準日	認定期間	障害自立度			認知症自立度				NO
				自	1	2	自	3	4		
		/ /	~ / /	自	J A	B C	自	I II	III IV M		
		/ /	~ / /	自	J A	B C	自	I II	III IV M		
		/ /	~ / /	自	J A	B C	自	I II	III IV M		
		/ /	~ / /	自	J A	B C	自	I II	III IV M		
		/ /	~ / /	自	J A	B C	自	I II	III IV M		
		/ /	~ / /	自	J A	B C	自	I II	III IV M		

申請者	免・保・その他	代理申請	免・保・その他
備考			

作成	確認