

障害者控除対象者認定申請書

申請される日を記入してください。

・亡くなられた方の申請をされる場合は、
亡くなられた日を記入してください。

申請日 年 月 日

申請者 ☒対象者と同じ ☐対象者以外

住所

氏名 (続柄)

電話番号 ()

対象者以外の方が申請する
場合は記入してください。

所得税法施行令（昭和40年政令
法施行令（昭和25年政令第245号）
控除対象者認定について、下記のと

対象者欄は、もれがないように記入してください。
被保険者番号もかならず記載してください。

が地方税
る障害者

対象者	ふりがな	まちだ いちろう										生年 月日	明治・大正・昭和		
	氏名	町田 一郎										25 年	1 月	1 日	
	性別	☒ 男・女										電話 番号	042-724-2141		
	住所	町田市 森野2-2-22													
	介護保険被 保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	要介護	1・2	☒ 3・4・5	
認定申請年	令和 年分														

町田市福祉事務所が私の介護保険要介護認定の審査

申請に必要な年度を記入してください。

確定申告等で前年以前の税控除を受ける場
合も控除を受ける年を記入してください。

※下記も選択してください。（申請には、身分証明書の提示や添付書類が必要です。）

郵送先	☒ 対象者宛 ☐ 対象者以外の申請者宛	来所	☐ 窓口受け取り
-----	--	----	---------------------------------

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 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・マイ・他 ()	代理申請	免・保・マイ・他 ()
備考			

作成	確認