

障害者控除対象者認定申請書

R5 年 12 月 1 日

中津市介護長寿課長 あて

申請者のご住所・名前・電話番号をご記入ください。申請者あてに認定結果をお送りいたします。

郵便番号 871-8501
住所 大分県中津市豊田町14番地3
申請者氏名 中津 太郎
電話番号 0979-22-1111
認定対象者との続柄 息子

所得税法施行令(昭和40年政令第11号)施行令(昭和25年政令第245号)第11条の2第1項に規定する障害者の認定を申請します。

所得税及び市県民税の申告の対象となる年をご記入ください。認定基準日が当該年の12月31日のため以下ようになります。(例 令和5年分 = 令和5年12月31日時点) ※令和5年分の申請受付は、令和5年12月1日からです。

認定対象者	対象年	平成(令和) 5 年分	対象者が死亡している場合はその年月日 (年 月 日)	
	住所	中津市 豊田町14番地3		
	フリガナ	ナカツ ハナコ		
	氏名	中津 花子		
	生年月日	明治・大正(昭和) 1 年 1 月 1 日 生		
	身体障害者手帳	有(無)	療育手帳	有(無)
	精神障害者保健福祉手帳	有(無)	介護認定	有(要介護・要支援(5))・無
		被保険者番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	

対象者が死亡している場合は死亡日が基準日となりますので死亡日をご記入ください。

上記の対象年に申請し、認定結果のた介護認定の区分をご記入ください。

申請に係る同意事項

この申請の障害の状況を確認するため、私の介護保険等の情報その他申元が保有する関係情報を閲覧することに同意します。また、申請内容に変更が生じた時、又は、障害者控除対象者としての認定を受けた場合で、その認定事由が消滅した時は、速やかにその旨を届け出ます。

※本人記入困難なため(続柄)が代筆 代筆者氏名