様式第１号（第２条関係）

障害者控除対象者認定申請書

年　　月　　日

（宛先）伊勢崎市長

　住所

　電話

申請者

　氏名

対象者について、所得税法施行令（昭和４０年政令第９６号）第１０条及び地方税法施行令（昭和２５年政令第２４５号）第７条又は第７条の１５の７に定める　障害者　又は　特別障害者　の認定を申請します。また、認定に当たっては、認定基準確認のため必要に応じて、対象者の要介護認定情報等を、市長が調査することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  | 介護保険  被保険者番号 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 対象年 | （　　　　　　）年分申告用として | | | |

（委任欄）

提出が、代理人によって行われる場合は記載が必要となります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代理人 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 対象者との続柄 |  |

※代理人の方は必ず本人確認できる書類をお持ち下さい。

　　私は、上記の者を代理人と定め、障害者控除対象者認定申請書の提出及び認定書の受領の権限を

委任します。

※市担当記載欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付方法 | 窓口・郵送 |
| 交付(郵送)日 | 年　月　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委任者  （申請者） | 依頼日 | 年　　　　　月　　　　日 |
| 氏名 |  |