

別記

第1号様式（第2条関係）

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

（宛先）大田区福祉事務所長

住 所 _____

申請者 氏 名 _____（続柄）

電話番号 _____

対象者の所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第7条又は第7条の15の7並びに相続税法第19条の4及び相続税法施行令第4条の4に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたく申請します。また、認定にあたっては介護保険要介護認定審査等に利用した資料及び住民基本台帳に基づく区民情報について区が確認することに同意します。

対 象 者 (高齢者)	住 所	大田区
	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	申請理由	<input type="checkbox"/> 確定申告で使用する 年分 ~ 年分 <input type="checkbox"/> 年末調整で使用する <input type="checkbox"/> 準確定申告（死亡時）で使用する <input type="checkbox"/> 相続税の申告に使用する 被相続人死亡日： 年 月 日

※事務処理欄

申請方法		窓 口 ・ 郵 送 ・ 電 子 申 請			
確認 書類	申請者	運転免許証・マイナンバーカード・他（ ）			
	本人	介護保険証・マイナンバーカード・他（ ）			
受取時の確認書類		運転免許証・マイナンバーカード・他（ ）			
発行年数		係員	係長	課長	公印
※郵送の場合のみ		発送日（ 年 月 日）			