

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

(宛先) 松本市長

申請者 (送付先) 〒

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

下記の者について、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に定める障害者控除の対象者であることを認定する証明書の交付を申請します。

対象者	住 所		介護保険 被保険者番号	
	氏 名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
利用目的	<input type="checkbox"/> 確定申告・修正申告・住民税申告等 <input type="checkbox"/> 年末調整			
申告対象年	令和 _____ 年の収入等に対する申告			

松本市記載欄

決 裁	起案日	上記申請について、認定書を交付してよろしいで しょうか。				認定有効期間 ～ 障害高齢者自立度 自立・J1,2・A1,2・B1,2・C1,2 認知症高齢者自立度 自立・I・IIa,b・IIIa,b・M
	. .					
	決裁日					
	. .	担当者	老人指導主事	係長	課長	
	. .					
	施行日					
	. .					

A1,2 及び IIa, b . . . 障害者 B1,2, C1,2, IIIa, b 及び M . . . 特別障害者