障害者控除対象者認定申請書

対象者	（ふりがな） 氏　名		性　別	男　・　女
	住　所	〒	生年月日	明治・大正・昭和 年　　月　　日 （満　　歳）

上記の者を所得税法施行令第１０条に定める障害者控除対象者と認定してくださるよう申請します。

年　　月　　日

（あて先）新潟市　　福祉事務所長

〒

申請者　　住 所

氏　名　　（対象者との続柄　　）

ＴＥＬ

備考：障害者控除対象者の認定は、該当区の福祉事務所長が決定し、認定書を交付することになります。

介護保険システムや高齢者福祉システムの管理台帳に入力されている私(対象者本人)の情報について、障害者控除対象者の認定を実施するため、新潟市の職員が閲覧することに同意します。

対象者本人又は申請者氏名（自署）

※対象者本人又は申請者が自署できず、他者が代筆を行う場合は代筆者氏名を併せて記入すること。

市記入欄

送付先				認定書は、（　対象者本人　・　申請者　）宛て送付			
介護保険被保険者番号							年分（確定申告・年末調整）
申請者の身分確認				本人・運転免許証・医療保険証・職員証・学生証・マイナンバーカード その他（　　） 〔記号・番号など　　〕			
認定	可・否	課長		認定理由	障害者	1　知的障害者（軽度・中度に準ず）	2　身体障害者（３級～６級に準ず）
		補佐			特別障害者	1　知的障害者（重度に準ず）	2　身体障害者（１級・２級に準ず）
		係長				3　寝たきり老人	

要介護度

認定期間

自立度　　／

（年内申請の場合）変更申請　する　／　しない

受付日	受付場所