

別記
第1号様式（第4条関係）

※修正テープ(修正液含む)および消えるボールペンの使用はできません

鎌ケ谷市障害者控除対象者認定申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

鎌ケ谷市長 あて

申請者名には納税している方の氏名を記入してください。

申請者

住所 〒273-〇〇〇〇
鎌ケ谷市新鎌ケ谷〇-〇-〇
氏名 鎌ケ谷 一郎
電話番号 047-〇〇〇-〇〇〇〇
対象者との続柄 長男

障害者控除対象者の認定を受けたいので、鎌ケ谷市障害者控除対象者認定取扱要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

対象者	住所	鎌ケ谷市新鎌ケ谷〇-〇-〇
	ふりがな	かまがや たろう
	氏名	鎌ケ谷 太郎
	生年月日（和暦）	昭和〇〇年〇〇月〇〇日（〇〇歳）
	介護保険被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	申請理由	令和〇年分の所得税確定申告等に使用するため。

(注) 申請者は、対象者の障害事由に変更等が生じた場合には、すみやかに市長にその旨を報告しなければなりません。

申請理由に、対象年をご記入ください。

同意欄

障害者控除対象者の認定にあたっては、要件確認のため必要に応じ、私の住民基本台帳、介護保険法に基づく介護保険認定審査会資料を鎌ケ谷市が閲覧することに同意します。

対象者氏名 鎌ケ谷 太郎

※対象者本人が記入できないため、(代筆 鎌ケ谷 一郎) (続柄 長男)

同意欄をご記入ください。ご本人が寝たきり・認知症等の理由で自署できない場合は申請者代筆での同意が可能です。