

別 記

第1号様式（第4条関係）

鎌ヶ谷市障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

鎌ヶ谷市長 あて

住所 〒 _____

申請者 氏名 _____

電話番号 _____

対象者との続柄 _____

障害者控除対象者の認定を受けたいので、鎌ヶ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	
	ふりがな 氏名	
	生年月日（和暦）	年 月 日 （ 歳）
	介護保険被保険者番号	
申請理由		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。

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ヶ谷市が閲覧することに同意します。

対象者氏名 _____

※対象者本人が記入できないため、（代筆 _____）（続柄 _____）