

・介護認定を受けない人専用
・更新申請をしない人専用

様式 1

③

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

(宛先) 上越市長

所得税法施行令第10条第1項第7号及び第2項第6号並びに地方税法施行令第7条第7号及び第7条の15の7第6号に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたいので申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0		
	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	郵便番号	—		
	住 所	上越市 電話番号 ()		
	申 請 理 由	↓該当するものに○をつけてください。 () 長期入院中で退院の見込みがない () サービスの利用予定はないが、障害者控除対象者認定書のみ必要 () その他 ()		
調 査 に つ い て	① どこで調査をしますか (該当するものに○をつけてください) ・住所と同じ ・入院先 (病院名: 病棟:) ・その他 ()			
	② 調査日程の調整等連絡先 (該当するものに○をつけてください) ・被保険者本人 ※調査の連絡までに日数をいただいております。ご了承ください。 ・家族 氏名 電話番号 ()			
	③ 調査にうかがう際都合の悪い日等			
送 付 先	住 所	※証明書の送付先が被保険者の住所と異なる場合のみ記入してください。 〒 電話番号 ()		
	氏 名		対 象 者 との関係	

受 付 印

障害者手帳	サービス利用	調査担当地区	調査員名
有 ・ 無	有 ・ 無		