

# 障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

海南市長 様

申請者	住 所	〒 電話番号 ( )
	ふりがな	対象者と の 関 係
	氏 名	

障害者控除対象者の認定を受けたいので、海南市障害者控除対象者認定事務取扱要綱第2条の規定に基づき、障害者控除対象者としての市長の認定を申請します。

対象者	住 所	□申請者と同じ				
	氏 名	□申請者と同じ			生年 月日	明・大・昭 年 月 日
請求年	年分	年分	年分	年分	年分	年分

同意欄	認定にあたっては、要件確認のために必要に応じて、私の介護保険要介護認定等情報を市が調査・確認することに同意します。						
	<input type="checkbox"/> <u>対象者氏名</u>						
	<input type="checkbox"/> 対象者が 年 月 日死亡のため同意を得ることができません。						

----- ( 以下は記入しないでください ) -----

## ・提出者確認 (写真表示等がない場合は複数確認)

個人番号カード 運転免許証 資格確認書 介護保険被保険者証  ( )

## ・代理確認 (申請者が提出した場合は、対象者分のみ確認)

委任状 介護保険被保険者証  資格確認書  登記事項証明書  ( )

## ・対象者死亡の場合

住基 戸籍全部事項証明書 (戸籍謄本)  送付先sou  ( )

上記の者について、別紙のとおり決定してよろしいか。

起案 年 月 日  
決裁 年 月 日  
施行 年 月 日

課 長	班 長	班