

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	〒		
	ふりがな	電話番号 ()		
	氏名	対象者との関係		

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

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。					
	□ 対象者氏名 _____					
	□ 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