

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			
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。				
	<input type="checkbox"/> 対象者氏名 _____ <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  医療保険者証  介護保険者証  ( )

・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  介護保険者証  医療保険者証  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