

第1号様式（第4条関係）

障害者控除対象者認定書交付申請書

令和 年 月 日

大垣市長 様

所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条及び地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条又は第7条の15の7に定める障害者等の認定を申請します。

申請者	氏名		対象者との続柄	
	住所	〒		
	電話番号	() —		

障害者控除対象者の認定を行なう際に、市が保有する介護保険の要介護認定等の情報を確認することに同意します。

対象者	被保険者番号			
	住所	〒		
	氏名		生年月日	年 月 日
	必要年分	年分 以降、毎年送付を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない （必ずどちらかへチェックをお願いします。）		
注) ①毎年送付を希望された場合で、申請者（送付先）を変更したり、障害者手帳の取得により、送付不要となった場合は必ずご連絡ください。 ②介護度の変更等により、障害者控除対象者認定が非該当となった場合は、障害者控除対象者非該当通知書を送付します。その場合、翌年度から認定書の送付はしませんので、必要な場合は再度申請してください。				

障害者手帳を取得して いる いない

受付時 確認欄	<input type="checkbox"/> 身分証明書（運転免許証、健康保険証、介護保険証、マイナンバーカード等）
------------	--