

様式第1号（第3条関係）

新座市障がい者控除対象者認定申請書

年 月 日

（申請先） 新座市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

所得税法施行令（昭和40年政令第96号）及び地方税法施行令（昭和25年政令第245号）に定める障がい者又は特別障がい者として認定を受けたいので、新座市要介護認定者等に係る障がい者控除対象者認定要綱第3条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

対象者氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
対象者住所	新座市		
介護保険被保険者番号			
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5		
申請年分	年分から	年分まで	

障がい者控除対象者認定に係る申請に当たり、要件確認のために必要に応じて、対象者の住民基本台帳及び介護保険法に基づく介護保険認定審査会資料を調査することに同意します。また、次回以降の申請を省略したいので、今後、対象者に係る上記台帳等を調査することに同意します。

対象者氏名

代筆者氏名

続柄（ ）

※ 窓口に来た方 氏 名 _____ 続柄（ ）
電話番号 _____