第１号様式（第２条関係）

記入にあたり分からないことがありましたら、高齢介護課までお問い合わせください。電話 ８２－７３９４(直通)

記載例

障害者控除対象者認定申請書

　　年　　月　　日

（あて先）

実際に控除を受ける方が申請者となります。

秦野市福祉事務所長

申請者　住　　所　　秦野市桜町１－３－２

氏　　名　　秦野　太郎

対象となる高齢者の方の情報を記載します。

電話番号　　０４６３－８２－５１１１

次の者について、所得税法施行令（昭和４０年政令第９６号）第１０条又は地方税法施行令（昭和２５年政令第２４５号）第７条若しくは第７条の１５の７に定める障害者控除対象者として認定を受けたいので申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 　秦野市桜町１－３－２ |
| 氏名 | 　秦野　花子 | 申請者との続柄 | 妻 |
| 生年月日 | 昭和３年　１１月　２７日 |
| 要介護度等 | なし　１　２　３　４　５　寝たきり登録 |
| 障害者控除の認定基準日 | 令和○○年△△月××日現在の状況 |
| 認定に当たって、福祉事務所長が私の介護保険要介護認定資料を調査確認することに同意します。対象となる高齢者の方の署名又は記名押印が必要です対象者（署名又は記名押印）　秦　野　花　子　　　 |

（注）　１　申請者は、太線内のみ記入してください。

２　要介護度等が「なし」の場合は第２号様式を添付してください。

|  |
| --- |
| 次のとおり決定してよろしいでしょうか。 |
| 課長 | 課長代理 | 班員 | 起案者 | 起案 | ・　・ |
|  |  |  |  | 決裁 | ・　・ |
| 施行 | ・　・ |
| 決定区分 | □特別障害者に認定　□障害者に認定　□認定しない |
| 理由 | 要介護度：　　障害自立度： 　　認知症自立度： |

所得税及び市・県民税は前年の所得に対して課税されます。認定基準日は原則、申告対象年の12月31日としてください。（例）令和2年分確定申告に使用する場合 → 令和2年12月31日現在