

## 障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

豊橋市福祉事務所長 様

## △注意事項

下記の対象者に、障害者控除対象者認定申請書及び地方税法施行令（昭和 25 年）第 140 号の別添 1「障害者控除対象者認定申請書」を提出し、障害者として認定を受けることについて、対象者の了承を得た上で同意します。

太枠内をすべて記入してください。  
各欄をはみ出さないように記入してください。

認定書は申請者住所に送付します。

申請者	カナ	トヨハシ		ハナコ						
	氏名	姓	豊橋	名	花子					
	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他( )								
	郵便番号	〒	4	4	0	ー	〇	〇	〇	〇
	住所	豊橋市〇〇町〇番地 〇〇マンション〇〇〇号室								
電話番号	(	〇〇〇〇	)ー	(	〇〇	)ー	(	〇〇〇〇	)	

介護保険被保険者証(黄色)の 10桁の番号を記入してください。

対象者(本人)	被保険者番号	1	1	0	0	1	2	3	4	5	6
	郵便番号	〒	4	4	0	ー	〇	〇	〇	〇	
	住所	豊橋市〇〇町〇番地 〇〇マンション〇〇〇号室									
	カナ	トヨハシ		タロウ							
	氏名	姓	豊橋	名	太郎						
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和		〇	年	〇	月	〇	日		
対象年	令和 5 年分										

事務処理欄	受付者	受付印	申請番号	備考欄
	受付方法		交付年月日	
	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送			