

船橋市障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

船橋市長 あて

〒
住所

申請者 氏名

電話番号

対象者との続柄

所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条第1項第7号及び第2項第6号並びに地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条第7号及び第7条の15の7第6号に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたいので申請します。

記

対象者	住 所					
	ふりがな 氏 名	()				
	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日(歳)	障害者手帳 等の有無	有 ・ 無		
	介護保険 被保険者番号		介護度等	要支援 ・ 要介護 1 2 3 4 5		
	申告の対象となる年	年分				

(注) 申請者は、対象者の障害事由に変更・消滅が生じた場合には、すみやかに市長にその旨を報告しなければなりません。

次の内容に同意される場合、□にチェックを入れてください。

- 本申請にあたり、要件確認のために必要に応じて、対象者の住民基本台帳、課税台帳、障害者手帳等の有無、並びに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ついて、同意します。

この申請書は郵送可能です。(出張所・連絡所でもお預かりします。)

高齢者福祉課

(記入例)

船橋市障害者控除対象者認定申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

船橋市長 あて

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

住所 船橋市湊町〇-〇〇-〇〇

申請をされる方が本人、親族以外
の場合、委任状が必要です。
※認定結果はこちらに送付

申請者

氏名 船橋 花子

電話番号 047-〇〇〇-〇〇〇〇

対象者との続柄 妻

所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条第1項第7号及び第2項第6号並びに地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条第7号及び第7条の15の7第6号に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたいので申請します。

記

対象者	住 所	船橋市湊町 2-10-25			
	ふりがな 氏 名	(ふなばし たろう 船橋 太郎)			
	生年月日	明治 大正 昭和 3 年 10 月 4 日(〇〇歳)	障害者手帳 等の有無	有 ・ 無	
	介護保険 被保険者番号	0001111111	介護度等	要支援 ・ 要介護 1 2 3 4 5	
	申告の対象となる年	令和 6 年分			

(注) 申請者は、対象者の障害事由に変更・消滅が生じた場合には、すみやかに市長にその旨を報告しなければなりません。

次の内容に同意される場合、□にチェックを入れてください。

- 本申請にあたり、要件確認のために必要に応じ、船橋市の住民基本台帳、課税台帳、障害者手帳等の有無、並びに介護保険法に基づき、船橋市に設置されている介護保険事業所について、同意します。

ご確認のうえ、チェック☑を入れてください。

申告の対象の年を元号から記入してください。
※未記入の場合は、直近の認定書を交付します。

（出張所・連絡所でもお預かりします。）

高齢者福祉課