

障害者控除対象者認定申請書

令和6年12月1日

福島市福祉事務所長

(申請者) 住所 〒960-8601
福島市五老内町3番1号

氏名 福長 寿一

対象者との続柄 (長男)

電話番号 (123) 456 - 7890

下記の者について、所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条並びに地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条及び第7条の15の11に定める障害者控除対象者として認定を申請します。

記

対象者	住所	福島市五老内町3番1号		
	ふりがな	ふくなが としこ	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	氏名	福長 寿子		
	生年月日	昭和11年12月25日	申請者との続柄	母
障害の状況	<input checked="" type="radio"/> 1 要介護認定を受けている。 2 65歳以上で6カ月以上の寝たきりの状態である。			
申請理由	6年分の所得税の確定申告等に使用するため。			

(申請者は、「障害の状況」の該当項目の番号を○で囲むこと。)

認定に当たっては、要件確認のため、必要に応じて私の介護保険等の情報を福島市福祉事務所長が調査すること及び実地による調査を行うことに同意いたします。

対象者氏名 福長 寿子

※ 介護保険被保険者証（もしくは介護保険受給者資格証明書）の写し（コピー）を添付してください。