

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

府 中 市 長

次のとおり 年度（ 年分）の税申告のため、障害者控除対象者認定を申請します。

フリガナ		対象者との関係	
申請者氏名		電話番号	
申請者住所	〒 ー		
フリガナ		介護保険 被保険者番号	0 0 0
対象者氏名 (被保険者氏名)		電話番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日		
住 所	〒 ー		
障害者手帳	有 ・ 無		
※ 身体障害者手帳1・2級又は精神障害者保健福祉手帳1級の認定を受けている方は、特別障害者控除を受けられるため、本申請を行う必要はありません。			

～．～．～．～．～．～．～．～．～．～．～．～．以下は記入しないでください．～．～．～．～．～．～．～．～．～．～．～．～．

障害者	(1) 知的障害者 (軽度・中度)に準ず。	(2) 身体障害者 (3～6級)に準ず。	
特別障害者	(1) 知的障害者 (重度)に準ず。	(2) 身体障害者 (1級・2級)に準ず。	(3) 寝たきり
非該当	/		

受 付