第１号様式（第４条）

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	〒　　－		
フリガナ		介護保険被保険者番号	0 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	〒　　－		
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）ねたきり老人
非該当			

受　付

福祉保健部介護保険課　資格保険料係