

障害者控除対象者認定申請書

あて先 富士見市長

申請者

〒 -

住 所

氏 名

電話番号

続 柄

下記の者について、令和 年分の障害者控除対象者認定の申請をします。

記

氏 名									
生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日					
住 所	市区 町村								
被 保 険 者 番 号	0	0	0	0					

※申請対象年の翌年1月1日時点の住民登録が富士見市以外の市区町村にある方（富士見市外の施設に入所している等）は、障害者控除の適用にあたり富士見市長の発行した障害者控除対象者認定証が使えないことがありますので、あらかじめ当該市区町村の税務担当課にご確認の上、この申請を行ってください。

次年度分も申請書の郵送を希望する。

<以下市役所記入欄>

課長	副課長	主査	担当	介護	要介護 1・2・3・4・5	R . . ~R . .
				障害	自・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
				認知	自・I・II a・II b・III a・III b・IV・M	

上記の申請について審査した結果、右上の表のとおりでしたので、
[普通障害・特別障害・却下]として認定又は処理してよいか伺います。