様式１号

障害者控除対象者認定申請書

北九州市長　様

以下の者につき、障害者控除対象者の認定を申請します。

　　年　　月　　日

１　申請者

　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署のときは押印不要）

　　生年月日　　　　　　年　　　　月　　　日生　電話番号　　　-　　　-

対象者との続柄

２　対象者(※申請者と同じであれば、記載不要です。)

　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署のときは押印不要）

　　生年月日　　　　　年　　　　月　　　日生　電話番号　　　-　　　-

３　対象者の介護保険被保険者番号

４　申告対象年

いつの税申告に用いる認定か、必要とする認定に〇を付けてください。遡及分認定が必要な場合は、何年分の税申告に用いる予定かを記載してください。

(1) 当年用（申請日の属する年の税申告に用いる）認定

(2) 遡及用（申請日の属する年より前の年の税申告に用いる）認定

　　何年用の税申告に用いる予定ですか？(※最長５年前まで)

**年分**

５　認定結果の送付先

いずれかの郵送先に〇を付けてください。

　　　　　　申請者の住所に郵送　　　・　　　対象者の住所に郵送

６　注意事項

申請者は対象者の障害事由の変更・消滅が生じた場合、すみやかに認定を受けた市長にその旨を報告してください。

認定書の発行にあたっては、要介護認定調査結果の調査を行いますので，ご了承下さい。