

障害者控除対象者認定申請書

(宛て先)

松山市福祉事務所長

申請者(納税義務者)

住 所 松山市

氏 名

電話番号

来庁者 ☐ 同上

住 所 松山市

氏 名

電話番号

次の者は心身に障害がありますので、 年の所得税等について
障害者控除対象者の認定を申請します。

(障 害 者 者)	住 所	☐ 申請者と同じ ☐ 来庁者と同じ		
	松山市			
	ふりがな 氏 名	☐ 申請者と同じ ☐ 来庁者と同じ		
	性 別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日

障害事由 (該当の番号に○印をしてください。)

1. 介護認定者 (要支援1、2, 要介護1～5)	4. 中・軽度身体障害者
2. ねたきり老人	5. 重度知的障害者
3. 重度身体障害者	6. 中・軽度知的障害者

障 害 者 (知 ・ 身) と認められるため、認定書を発行してよろしいか。

特別障害者 (知 ・ 身)

課 長		公 印
-----	--	-----

※ 障害事由による添付書類 2については、医師の診断書が必要です。

処理状況

令和 年 月 日 (手渡し ・ 郵送) 済み 担当者 ()