

### 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					

※富士見市外の施設に入所しているときは、その施設の所在する市区町村の税務担当課から富士見市長が障害者控除対象者認定を行うことにつき事前に同意を得てください。

- 次年度分も申請書の郵送を希望する。
- 次年度分は申請書の郵送を希望しない。

<以下市役所記入欄>

課長	副課長	主査	主任	担当	介護	要介護1・2・3・4・5
					障害	自・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
					認知	自・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・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。