

高知市長 様

(申請者)

令和 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

ふりがな  
氏 名 \_\_\_\_\_

※記名押印又は署名(自署)

電 話 \_\_\_\_\_

対象者との続柄 本人 ・ 配偶者 ・ 子 ・ 子の配偶者  
その他 ( )

### 障害者控除対象者認定申請書

下記の者の、所得税法施行令(昭和40年政令第96号)第10条及び地方税法施行令(昭和25年政令第245号)第7条に定める障害者又は第7条の15の7に定める特別障害者としての認定について申請します。

尚、上記認定にかかる関係機関への調査について、所管課長がこれを行うことに同意します。

対象者 (高齢者)	住 所			
	ふりがな	生年月日	明治・大正・昭和	
	氏 名		年 月 日	
発行希望 年度等	令和4年度確定申告用 <input type="checkbox"/> 4年度(3年分) 令和3年度以前 修正申告用 <input type="checkbox"/> 3年度(2年分) <input type="checkbox"/> 2年度(元年分) <input type="checkbox"/> 31年度(30年分) <input type="checkbox"/> 30年度(29年分) <input type="checkbox"/> に✓を入れてください 年末調整等 <input type="checkbox"/> ____年度(____年分) 相続税等 <input type="checkbox"/> 次の基準日のもの 年 月 日			

高年齢者支援課 事務処理欄

障害理由	身体障害者(3級~6級)に準ず	身体障害者(1級・2級)に準ず	非該当
高知市基準	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	<input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2

高年齢者支援課窓口

郵送

市民税課

- 1点確認…免許証(顔写真付き)  
2点以上確認…介護保険証, 保険証, その他(内容は備考欄へ)

備考欄

受付	確認