

特別障害者控除等対象者認定申請書

課長	係長	担当者	確認者

年 月 日

(あて先)
横須賀市福祉事務所長

申請者 住所
(税の控除を受ける人) 氏名
電話番号
対象者からみた続柄

申請書提出者 住所
※申請者と同一であれば 氏名
記載不要 電話番号
申請者からみた続柄

下記の高齢者について、特別障害者控除等対象者であることを証明願います。

対象年	年分	※認定を必要とする年(税の控除を受ける年)をご記入ください。		
(要介 対象者 護者)	住所	横須賀市		
	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和
	氏名		年 月 日	

※ここから下は、記入しないでください。

《事務処理欄》 年 月 日 (現況・現況見込)

被保険者番号		要介護度	要介護
認定期間	年 月 日 ~	年 月 日	
自立度		收受印	
本人確認	健保・介保・免許・マイナ・()		
交付方法	窓口・郵送		
受付日	・		
交付日	・		

(令和4年4月~)