

太枠内を記入してください。

控除対象者確認願 (障害者・医療費)

受付日 月 日

いずれかに○

1 どなたの控除対象確認が必要ですか？

被 保 険 者	フリガナ	① カイゴ タロウ		②
	氏名	介護 太郎		
	住所	館林市	城町 1 - 1	館林市
	生年月日	大正 昭和	10 年 1 月 1 日	大正 昭和
	対象年	令和 ○ 年分		

確認対象が
2人いる場合に
記入してください

2 障害者控除等の税申告をするのはどなたですか？

申 請 者	以下の(1)~(3)のいずれかに○		提示書類	
	(1) 1の被保険者本人		a 提出者の顔写真付身分証明書	<input type="checkbox"/>
	(2) (1の被保険者以外で) 税の手続を行う親族		a 提出者の顔写真付身分証明書	<input type="checkbox"/>
			b 被保険者の介護保険被保険者証等(別居のみ)	<input type="checkbox"/>
	(3) 1の被保険者の成年後見人等		a 提出者の顔写真付身分証明書	<input type="checkbox"/>
			c 成年後見人等だと分かる登記事項証明書等	<input type="checkbox"/>
フリガナ	タテバヤシ イチロウ		被保険者 との続柄	配偶者・子・孫・甥姪・ 兄弟姉妹・父母 その他 (成年後見人)
氏名	館林 一郎			
住所	<input type="checkbox"/> 1の被保険者と同一住所	館林市城町 3 - 1	電話番号	0276 - ●● - ▲▲▲▲

3 【窓口交付の場合】 窓口に来た方について教えてください。

提 出 者	いずれかに○	(1) 2の申請者と同じ → 記入終了です。
		(2) 2の申請者以外 → 以下を記入してください。
	フリガナ	グンマ ハナコ
	氏名	群馬 花子
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 2の申請者と同一住所
電話番号	0276 - ●● - ▲▲▲▲	
申請者 同意欄	私は、上記提出者を代理人と定め、次の認定書等	
	(1) 障害者控除対象者認定書	
	2 おむつ代に係る医療費控除確認書類	
	申請者自署	館林 一郎

3の申請者以外が窓口
に来る場合は、申請者
の自署が必要です

【市確認欄】

被保険者番号	障害者手帳保有	太枠内記入	確認書類			交付日記入	公印	コピー	再発行不可 と伝える	台帳記入
			提出者 本人確認	本人申請以外						
	なし		提出者 運転免許証 マイナンバー 他()	提出者 被保険者証 医療保険証 マイナンバー 他()	成年後見人等 登記事項証明書 他()					