

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：令和 年 月 日

#### 1 どなたの控除対象確認が必要ですか？

被 保 険 者	①		②	
	フリガナ			
	氏名			
	住所	館林市	館林市	
	生年月日	大正 年 月 日 昭和	大正 年 月 日 昭和	
対象年	年分	年分		

#### 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 申請者の顔写真付身分証明書	<input type="checkbox"/>
	(2) (1の被保険者以外で) 所得の控除を受ける人		a 申請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 申請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	<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		被保険者 との続柄	配偶者・子・孫・甥姪・ 兄弟姉妹・父母 その他( )	
氏名				
住所	<input type="checkbox"/> 1の被保険者と同一住所	電話番号	- -	

#### 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		申請者との 続柄	
	氏名			
	住所	<input type="checkbox"/> 2の申請者と同一住所		
電話番号	- -			
申請者 同意欄	<p>私は、上記提出者を代理人と定め、次の認定書等の取得を委任します。</p> <p>1 障害者控除対象者認定書</p> <p>2 おむつ代に係る医療費控除確認書類</p> <p style="text-align: right;">申請者自署</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p>			

【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		交付日等記入	公印	コピー	台帳記入
	なし		申請者 本人確認	本人申請以外 対象者 成年後見人等				
	おむつ控除申請		運転免許証 マイナンバー 他( )	被保険者証 医療保険証 マイナンバー 他( )				
	2年目以降			登記事項証明書 他( )				