

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 どちらの控除対象確認が必要ですか？

被 保 険 者	①		②	
	フリガナ	カイゴ タロウ		
	氏名	介護 太郎		
	住所	館林市	館林市	
		城町 1 - 1		
生年月日	大正 昭和	10 年 1 月 1 日	大正 昭和	
対象年	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 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	カイゴ 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 ()
氏名	介護 一郎			
住所	<input type="checkbox"/> 1の被保険者と同一住所		電話番号	0276-●●-▲▲▲▲
	館林市城町 3 - 1			

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	カイゴ ハナコ	申請者との 関係
	氏名	介護 花子	妻
	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		
	申請者目著		
	令和 5 年 11 月 1 日		介護 一郎

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