

記入例

第1号様式（第3関係）

令和〇年〇月〇〇日

障害者控除対象者認定申請書

調布市長 宛

(申請者) 住 所 調布市小島町2-35-1
氏 名 調布 太郎
電 話 042-481-7016
対象者との関係

下記の者について、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条または第7条の15の7に規定する障害者控除対象者としての認定を受けたく申請します。

対象者	住 所	調布市小島町2-35-1		
	氏 名	調布 花子		
	生年月日	昭和〇年〇月〇日	性 別	男・ 女
利用目的	確定申告			
対象年	令和5年分（認定を必要とする年を記入）			

なお、障害者控除対象者認定のため、市が対象者の要介護等認定に係る認定調査内容及び主治医意見書等を閲覧することに同意します。

対象者氏名 調布 花子

-----市記入欄-----

被保険者番号		〈申請者情報〉	
要介護等状態区分	<input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 認定なし	<input type="checkbox"/> 申請者(年 月 日 申請分) <input type="checkbox"/> 立会者(年 月 日 申請分) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()	
障害高齢者自立度	<input type="checkbox"/> 要介護等認定資料() <input type="checkbox"/> 医師診断書()	〈申請者確認〉 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	
認知症高齢者自立度	<input type="checkbox"/> 要介護等認定資料() <input type="checkbox"/> 医師診断書()	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()	
確認者			受付印