

第1号様式（第3関係）

令和〇年〇〇月〇〇日

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

認定書を送付する先は申請者の住所
宛になります。

氏 名 調布 花子

電 話 042-481-7016

対象者との関係 妻

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。

利用目的は確定申告など所得控除の場合に限られます。
利用目的によっては、認定書を交付できない場合があります。

対象者	住 所	調布市 小島町 2-35-1	
	氏 名	調布 太郎	
	生年月日	昭和元 年 1月 1日	性 別
	利用目的	確定申告のため	
	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

複数年の認定書が必要な場合は、該当する年ごとに申請書を御記入ください。

対象者 氏名 調布 太郎

-----市記入欄-----

必ず申請者でなく対象者
氏名を記入してください。

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"/> 申請者()	年 月 日 申請分)
	<input type="checkbox"/> 要支援()	<input type="checkbox"/> 立会者()	年 月 日 申請分)
障害高齢者自立度	<input type="checkbox"/> 要介護等 <input type="checkbox"/> 医師診	記載不要です。	
認知症高齢者自立度	<input type="checkbox"/> 要介護等認定資料()	□マイナンバーカード □その他()	
確認者			

受付印