

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

認定書を送付する先は申請者の住所
宛になります。

(申請者) 住 所 調布市小島町2-35-1

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 - 3 5 - 1		
	氏 名	調布 太郎		
	生年月日	昭和元 年 1 月 1 日	性 別	男 ・ 女
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）	
	<input type="checkbox"/> 認定なし	（ ）	
障害高齢者自立度	<input type="checkbox"/> 要介護等 <input type="checkbox"/> 医師診断	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（ ） <input type="checkbox"/> 医師診断書（ ）	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他（ ）	
確認者			

受付印