

様式第1号（第3条関係）

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

（あて先）小金井市長

申請者 住所 _____
氏名 _____
電話番号 _____
対象者との関係 _____

所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第7条又は第7条の15の7に定める障害者控除対象者としての認定を、下記のとおり申請します。

記

対象者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
	氏名		生年月日	年 月 日
障害の状況				

市長が障害者控除対象者の認定のために必要と認めるときは、介護保険の介護認定のための調査状況書類を閲覧することについて同意します。

本人氏名 _____（代理人氏名 _____）