

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

千代田区福祉事務所長 様

住 所 _____

申請者 氏 名 _____ 続柄 _____

電話番号 _____

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条又は第7条の15の7に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたく、申請します。

対象者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日生（ 才）
	障害の状況	

※要介護・要支援認定を受けていない場合には、障害状況を確認するための医師の証明書をご提出いただきます。

同意欄	本申請に伴い、障害者控除対象者認定に係る審査	住所 対象者住所と同じ 氏名(自署) _____
	上において、私の要介護認定調査及び医師の意見	
	書情報を使用することについて同意します。	