

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

小田原市福祉事務所長 様

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 1 0 条及び地方税法施行令第 7 条又は第 7 条の 1 5 の 8 に定める
障害者又は特別障害者として認定して下さるよう申請します。

対象者	住 所	小田原市		
	氏 名		生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
障害事由	身体障害者に準ずる		知的障害者に準ずる	

障害者控除対象者認定にあたり、介護保険認定審査会資料及び主治医意見書等を認定
資料として使用することに同意します。

対象者名 _____