

様式第1号 (第3条関係)

障害者控除対象者認定申請書兼同意書

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に定める障害者又は特別障害者に準ずる _____ 年分の認定を申請します。

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	<input type="checkbox"/> 身体障害者に準ずる		<input type="checkbox"/> 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 _____ (代理人氏名) _____

【事務処理欄】

対象者本人確認書類	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証
	<input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート)	<input type="checkbox"/> その他 ()	
申請者本人確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 資格確認書
	<input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート)	<input type="checkbox"/> その他 ()	