

年 月 日

小平市長 殿

（申請者） 干

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

対象者との関係 _____

小平市障害者控除対象者認定申請書

所得税法施行令第10条第1項第7号又は同条第2項第6号及び地方税法施行令第7条第7号又は第7条の15の7第6号に規定する障害者控除対象者（障害者又は特別障害者）としての認定を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

対象者	住 所	小平市									
	ふりがな										
	氏 名										
	生年月日	年			月			日			
	介護保険被保険者番号										
備考											

障害者控除対象者の認定のために、市長が介護保険の要介護認定に係る調査の内容及び医師の意見書又は診断書の内容を閲覧することに同意します。

対象者氏名 _____