

見 本

様式第1号（第3条関係）

障害者控除対象者認定申請書

（あて先）西東京市長

申 請 者

書類は申請者住所あてに  
郵送します。

令和6年1月4日

住所  
〒202-8555  
西東京市中町 1-5-1

氏名  
保谷 花子

電話番号  
042-420-2816

対象者との関係  
長女

法定代理人や保佐人等の場合、  
「登記事項証明書」（写し可）  
の添付が必要です。

**！要確認！**  
① 介護認定を持っていない  
→ 「意見書」が必要です。  
（医師に書いてもらう必要が  
あります）  
② 保険者が西東京市ではない  
→ 「他市への照会の同意書」  
の記入が必要です。

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      〒188-8666 西東京市南町 5-6-13			
	氏 名	田無 太郎			
	生年月日	明治・大正・ <u>昭和</u> 10年 10月 10日	年齢 88歳	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女
障害の状況					
<ul style="list-style-type: none"> <li>令和4、5年分希望</li> <li>令和5年11月20日死亡</li> <li>寝たきり、要介護4</li> </ul>					

チェック忘れ  
注意！

いつ分が必要か（複数年可）  
お亡くなりの場合、死亡日記載  
その他ご状況など

■ 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その他必要な書類を閲覧することについて同意します。

本人氏名      田無 太郎

（代理人氏名）

どちらか片方の記載で大丈夫です。