

障害者控除対象者認定申請書

(あて先) 西東京市長

書類は申請者住所あてに  
郵送します。

令和 8 年    〇 月    〇 日

申 請 者

住 所

〒●●●-□□□□

西東京市〇町〇-〇-〇

氏 名

保谷 花子

電話番号

〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

対象者との関係

長女

！要確認！

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)

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。

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		
	フリガナ 氏 名			
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	年齢 歳	性
状況				
○希望年(令和 2・3・4・5・6・7 年分)				
※複数年選択可、希望年に○をしてください。				
※令和 8 年分は令和 9 年 1 月 4 日から受付開始です。				
死亡(死亡年月日: 年 月 日)				

チェック忘れ  
注意！

- ・必要な年数分、○をつけて  
ください(複数年可)。
- ・お亡くなりの場合、死亡日を  
ご記入ください。

- 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。
- 障害者控除対象者認定のために必要な介護保険の認定調査状況書類、その他必要な書類について、市長が、対象者の介護保険者に照会することに同意します。

保険者が  
西東京市  
外の場合、  
他自治体  
に照会し  
ます。

本人氏名

(代理人氏名)

市使用欄

☐ 65 歳以上

☐ 西東京市民

☐ 介護認定あり

署名はどちらか片方で大丈夫です