

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

(あて先) 西東京市長

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(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	性別	男・女
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)					

- ☐ 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。

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