

※介護保険被保険者証をご確認のうえ、ご記入ください。

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

四街道市長

鈴木 陽介 様

認定書を使用する方について記入します↓

申請者 住所 △△△市………
氏名 四街道 太郎
続柄 長男
電話番号 043-0000-…

下記の者に係る障害者控除対象者認定書の交付を申請します。

記

↓障害者控除対象者(介護認定を受けている方)について記入します

Table with 4 rows and 4 columns: 対象者 (Target), 住所 (Address), 氏名 (Name), 被保険者番号 (Insurance Number), 生年月日 (Date of Birth), 性別 (Gender), 電話番号 (Phone Number), 申請理由 (Reason for Application).

\* 介護認定結果、認定調査票及び主治医意見書の閲覧に同意します。

対象者氏名 四街道 花子 代筆 四街道 太郎

↑代筆の場合は代筆者氏名も記入します

市記入欄

Table with 4 rows and 2 columns: 主治医意見書 (障害高齢者日常生活自立度), 主治医意見書 (認知症高齢者日常生活自立度), 要介護状態区分, 認定年月日, 要介護認定の有効期間.