

様式 1 号

※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

対象者	住所	四街道市………			
	氏名	四街道 花子	被保険者番号	0000………	
	生年月日	明治・大正・昭和 〇〇年〇月〇〇日		性別	男 ☐ 女 ☐
	電話番号	043 (〇〇〇) 〇〇〇〇			
申請理由		令和6年分の所得税確定申告等を使用するため			

＊ 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

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	要介護 1 2 3 4 5		
認定年月日	年 月 日		
要介護認定の有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日		