

障害者控除対象者認定書交付申請書

川越町長 宛

令和 年 月 日

申請者	住所			対象者 との続柄	
	氏名		連絡先		

下記の対象者について、障害者控除対象者認定書の交付を申請します。

なお、認定にあたり、要件確認のため、要介護認定情報等を調査・確認することについて、対象者より了承を得た上で同意します。

対象者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	氏名		生年 月日	大正・昭和・平成 年 月 日	
	被保険 証番号	344000	介護認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
	申告対象年	年分			

◇以下は記入しないで下さい。

▽要介護認定情報

要介護度	要支援 ( ) 要介護 ( )	認定の 有効期間	平成・令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
------	--------------------	-------------	---------------------------

【 年分】

調査票	ねたきり度	正常・J1・J2	A1・A2	B1・B2・C1・C2
	認知症度	正常・I	IIa・IIb	IIIa・IIIb・IV・M
意見書	ねたきり度	正常・J1・J2	A1・A2	B1・B2・C1・C2
	認知症度	正常・I	IIa・IIb	IIIa・IIIb・IV・M
ねたきり状態の継続期間		年 月頃 から 年 月		
調査・確認・判定	令和 年 月 日 判定： <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 特別障害			

丙	課長	主監	課長補佐	係

(同)別紙のとおり認定書を発行してよろしいか。

令和 年 月 日付 川介第 号

交付	<input type="checkbox"/> 窓口 ( 月 日)
	<input type="checkbox"/> 郵送 ( 月 日)