

様式第1号

| | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|
| 決 裁 | 所 長 | 次 長 | 課 長 | 主 幹 | リーダー | 担 当 |
| | | | | | | |

所沢市障害者控除対象者認定申請書

平成 年 月 日

(あて先)所沢市福祉事務所長

申請者 住 所
氏 名 ⑩
対象者との続柄 ()
電話番号

所沢市障害者控除対象者認定に関する要綱第2条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

| | | | | | | |
|-------|------------------------------|----------|------|------|------|------|
| 対象者 | 住 所 | | | | | |
| | 電 話 | () | | | | |
| | 氏 名 | | 性別 | 男・女 | | |
| | 被保険者番号 | | | | | |
| | 要介護状態区分 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
| | 生年月日 | 明治・大正・昭和 | | 年 | 月 | 日 |
| 障害の状況 | <small>がしょう</small> 臥床の状況 | | | | | |
| | 歩行 | | | | | |
| | 食事 | | | | | |
| | 排泄 | | | | | |
| | 入浴 | | | | | |
| 備 考 | | | | | | |

障害者控除対象者認定のために、上記対象者の介護保険の要介護認定における情報を市が確認することに同意します。

氏名 _____ ⑩

(対象者又は申請者)

※ 介護保険証（要介護1～5）の写しを添付してください。