

記入例

様式第1号

所沢市障害者控除対象者認定申請書

平成〇〇年〇月〇〇日

(あて先)所沢福祉事務所長

申請者 住所 所沢市並木1-1-1

氏名 所沢 太郎

対象者との続柄 (子)

電話番号 04(2998)9120

ご捺印ください

印

昼間、連絡できる
電話番号をご記入ください

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	所沢市並木1-1-1				
	電話	04(2998)9120				
	氏名	所沢 菜々子	性別	男	女	
	被保険者番号	700000011				
	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	10年10月10日		
障害の状況	がしょう 臥床の状況	要介護認定者は記入不要です。				
	歩行					
	食事					
	排泄					
	入浴					
備考	平成〇〇年分	申請する年分をご記入ください ※対象者が亡くなられている場合は 死亡日をご記入ください				

介護保険証の被保険者番号を
ご記入ください

申請する年分をご記入ください
※対象者が亡くなられている場合は
死亡日をご記入ください

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 所沢 太郎

(対象者又は申請者)

印

※ 介護保険証(要介護1~5)の写しを添付してください。

ご捺印ください