

障害者控除対象者認定申請書

安城市社会福祉事務所長

申請年月日(提出する日)

年 月 日

申請に 来た人	氏名		本人と の続柄	本人・その他 ()
	住所	〒 - - 電話 - -		
フリガナ 認定対象者 氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		電話	() -
介護保険 被保険者番号		要介護状態区分等	要介護 1・2・3・4・5	
認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
<p>障害者控除対象者認定書を作成するために必要な資料として、私又は私の家族の介護保険の認定調査票及び主治医意見書を確認することを承諾します。 また、認定に際し必要がある場合は、職員の実態調査に同意します。</p> <p align="right">氏名 _____ (※)</p> <p align="center">(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。</p>				

注意 1 太枠内をもれなく記入してください。

2 申請に来た人が本人又は同居の家族以外の場合は、委任状が必要です。

委 任 状		委任日	年 月 日
代理人(委任された人)			
住所			
氏名			
私は上記の者を代理人と定め、障害者控除対象者認定申請を委任します。			
委任者(委任した人)			
住所			
氏名			
(※)			
(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。			

市記入欄

20220401~

決裁欄) 上記のとおり障害者控除対象者認定申請があり、審査したところ、判定結果のとおり該当しますので、別紙のとおり認定書を交付してよろしいか。					
課長	主幹	課長補佐	専門主査	判定 結果	対象年 年分
					・障害者認定(障3~6 準ずる) ・特別障害者認定(障1.2 準ずる) ・非該当(却下)