

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

ふじみ野市長 宛て

申請者 住所
氏名
対象者との続柄（ ）
電話番号

障害者控除対象者の認定を受けたいので、ふじみ野市障害者控除対象者の認定に関する事務取扱規則第2条の規定により、下記のとおり申請します。

記

対象者	住所	
	ふりがな	
	氏名	
	電話番号	
	生年月日	年 月 日（ 歳）
	被保険者番号	
	要介護状態区分	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
	必要年分	平成・令和 年分
	障害者手帳等	無・有（身体・療育・精神 級）

私は、障害者控除対象者の認定のために、介護保険の要介護認定に係る情報を市が公簿により確認することに同意します。

（対象者氏名） _____

※市役所使用欄（申請者の方は、記入不要です。）

申請者の確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証等 <input type="checkbox"/> 健康保険証等（2点確認）	
認定期間	<input type="checkbox"/> 該当年の末日（死亡の場合は死亡日）が認定期間内である	
要介護度	2 3	4 5
調）障害自立度	B1 B2	C1 C2
調）認知症自立度	Ⅲa Ⅲb	Ⅳ M
介護手当	<input type="checkbox"/> 該当あり	
主治医書・調査票	<input type="checkbox"/> ともに B2 以上で 6 か月継続	