

様式第1号（第2条関係）

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

ふじみ野市長 あて

住 所  
申請者氏名 ⑩  
※自署の場合は、押印不要です。  
対象者との続柄 ( )  
電話番号

下記のとおり 年分の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、申請します。

記

対 象 者	住 所	
	氏 名	
	電 話 番 号	
	生年月日(年齢)	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
	要介護認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	現在交付等を受けている障害者手帳等の種類及び等級	なし・あり <input type="checkbox"/> 療育手帳 級 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 級 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 項傷 <input type="checkbox"/> その他 ( )

私は、障害者控除対象者の認定のために、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。

(対象者氏名) \_\_\_\_\_ ⑩

(代筆者) \_\_\_\_\_ ⑩

※自署の場合は、押印不要です。

市役所使用欄（申請者の方は、記入不要です。）

対象者の確認	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他	申請者の確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他
備 考			