

# 障害者控除対象者認定申請書

黒石市福祉事務所長 様

令和 年 月 日

対象者 (要介護認定者)	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	住所	黒石市		
	生年月日	明・大・昭・平	年	月
申請者 (申告をする人)	フリガナ		対象者との続柄	
	氏名			
	住所	黒石市		
	生年月日	明・大・昭・平	年	月
来所者 (申請者と同じ場合は記入不要)	氏名			
	住所	黒石市		

※ここから下は記入しないでください。

被保険者番号

介護度	要介護	1	2	3	4	5		
	(有効期間	年	月	日	～	年	月	日まで)
	(認定年月日	年	月	日	)	※ 要介護 1～3…障害者控除の対象 ※ 要介護 4～5…特別障害者控除の対象		
障害者控除対象者 認定年月日	年						月	日
障害理由	障害者	(1) 知的障害者(軽度・中度)に準ず						
		(2) 身体障害者(3級～6級)に準ず						
	特別障害者	(1) 知的障害者(重度)に準ず						
		(2) 身体障害者(1級～2級)に準ず						
		(3) 6か月以上寝たきり者等						

上記の申請について、認定書を交付してよいか伺います。

決裁印	検認印	担当者印	受付印