

(表面)

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

基山町長 様

申請者

住所 _____

氏名 _____ ㊟

電話番号 _____

認定対象者との続柄 _____

基山町障害者控除対象者認定実施要綱第3条第1項の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

認定対象者	住 所								
	氏 名					性別	男 ・ 女		
	生 年 月 日	年 月 日 (満 歳)							
	介 護 保 険 被保険者証番号	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
	要介護等状態	要支援 (1・2)		要介護 (1・2・3・4・5)					
	ねたきりの期間	年 月 日から (年 月間)							

同 意 書

上記申請に当たり、要件確認のため、私の介護保険に係る審査及び判定の結果に関する資料を町が調査、確認することについて同意します。

本人署名.....
(代筆者氏名) (本人との関係)

※ 介護保険の介護認定を受けていない場合は、裏面の医師の証明及び所見、児童相談所の判定書等が必要です。

(裏面)

《医師の証明及び所見》※医師の診断書、児童相談所の判定書の添付でも可

病院又は診療所の名称.....

所 在 地.....

診療担当科名.....科 医師氏名.....㊟