

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

鳥栖市福祉事務所長

様

申請者 住所 _____
氏名 _____
電話番号 _____
認定対象者との続柄 _____

鳥栖市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、関係書類を添えて次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 | | | | | | | | |
| | 要介護等の状態 | 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市が調査、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等の添付でも可

病院又は診療所の名称.....

所 在 地.....

診療担当科名.....科 医師氏名.....印.....