

様式第 1 号

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 ..... ⑩