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　　㊞