

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 \_\_\_\_\_ (印)  
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.....