

様式第1号

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

総社市社会福祉事務所長 様

次のとおり、 年分障害者控除対象者の認定を受けたいので申請します。

1. 申請者

フリガナ	
氏 名	
住 所	電話番号
対象者との関係	

(注) 申請者の範囲

・対象者 ・対象者の同居家族又は扶養者（左記以外の方が申請する場合は、委任状が必要です。）

2. 対象者（※対象者死亡の場合、口にチェックし、死亡年月日を記入してください。）

フリガナ		<input type="checkbox"/> 対象者死亡
氏 名		年 月 日
住 所	電話番号	
生年月日	大・昭 年 月 日	
各種手帳の有無	有 身体障害者手帳（ ）級 療育手帳（ ）	
	無	
要介護認定の有無	有 要介護度（ ）	
	無	

認定審査における要介護認定資料閲覧の同意

私は、障害者控除に係る認定審査において、福祉事務所長が私の要介護認定情報を活用することに同意します。

本人氏名 _____（代筆者 _____）