

障害者控除対象者認定申請書

令和 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、□にチェックし、死亡年月日を記入してください。）

フリガナ			☐ 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 ）