

障 害 者 控 除 対 象 者 認 定 申 請 書

令和 年 月 日

丸森町長 殿

申請者 住 所
氏 名
被保険者との続柄
電話番号

障害者控除対象者の認定について、次のとおり申請します。

対象者	介護保険 被保険者番号	0	9	0	0							
	住 所	丸森町										
	氏 名						性別	男 ・ 女				
	生 年 月 日	明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和					年		月		日	
	認 定 基 準 日 (該当申告年末日)	平 成					年		1 2 月 3 1 日		現 在	
	身体障害者・療育・精 神障害者保健福祉・ 各手帳の有無	有 ・ 無										

※町記入欄 (直近の認定情報)

認 定 年 月 日	年	月	日	要介護度	要介護	1	2	3	4	5
認 定 期 間	年 月 日 ~			年 月 日						
障害高齢者の日 常生活自立度	認定調査票	自立	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
	主治医意見書	自立	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
認知症高齢者の 日常生活自立度	認定調査票	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	
	主治医意見書	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	
対 象 区 分	障害者控除 特別障害者控除				知的障害者・身体障害者 に準ずる					