

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							
	住 所	丸森町 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ							
	氏 名					性別	男 ・ 女		
	生 年 月 日	大 正 ・ 昭 和				年		月	日
	認定基準日 (該当申告年末日)	令 和				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				