

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 印
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											
	氏 名							性別	男 ・ 女				
	生 年 月 日	明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和			年		月		日				
	認 定 基 準 日 (該当申告年未日)	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	a b		a b		M					
	主治医意見書	自立	a b		a b		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									