

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 | | | | | |