

年 月 日

浜田市長

様

〒

申請者

住所

氏名

続柄 本人・親族（ ）

電話番号（ ） -

障害者控除対象者認定申請書

以下のとおり、障害者控除対象者認定書の交付を申請します。

対象者	介護保険 被保険者番号		要介護 状態区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
	住所	浜田市 町	性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	精神保健指定医等により 知的障害者と判定されて	いる・ いない	精神障害者保健福祉 手帳の交付を受けて	いる・ いない
	身体障害者手帳の交付を 受けて	いる・ いない	戦傷病者手帳の交付 を受けて	いる・ いない
	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律の規定による厚生 労働大臣の認定を受けて			いる・ いない
	認定を希望する年（注）		年	

障害者控除対象者の認定を受けるため、要介護・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果及び主治医意見書等、浜田地区広域行政組合が保有する私の個人情報（住所、氏名、年齢）を浜田市及び障害者控除対象者認定に従事する浜田市職員が閲覧することに同意します。

年 月 日 本人署名

（注）死亡等を除き、認定を希望する年の12月31日の障害状況により認定します。

処理欄※	申請者		確認者	対象者			障害状況						認定区分			確認者
	住所	氏名		住所	氏名	年齢	区分	非該当		障害			特別			
							障害 認知	自立	J	A	B	C	非 該 当	障 害	特 別	①
	確認書類		①	確認手段			寝				おむつ					①
						有効期間										

※申請者は記入しないでください。