

様式第1号（第3条関係）

障害者控除対象者認定申請書

年　月　日

朝霞市長宛て

朝霞市障害者控除対象者認定取扱要領第3条第1項の規定により、次のとおり申請します。

また、対象となる被保険者が、朝霞市の介護保険被保険者でない場合、介護保険者である自治体に対し、障害者控除対象者認定に係る情報照会を行うことに同意します。

申請者 (被保険者)	被保険者番号	
	住所	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
代筆者	住所	
	氏名	
	申請者との関係	
	電話番号	
要介護等 認定状況	要介護状態 区分等	<input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護（1・2・3・4・5）
	認定有効期間	年　月　日～　年　月　日
備考		

備考　対象となる被保険者が既にお亡くなりになっている場合は、代筆者欄に相続人代表者の方の情報を御記入ください。