

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。