

第 1 号様式（第 2 条関係）

障害者控除対象者認定書交付申請書

年 月 日

日進市長 宛て

申請者
住所
氏名
続柄
電話番号

下記のとおり、障害者控除対象者認定書の交付を申請します。

対象者	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日

障害者控除対象者認定のため、上記対象者の介護保険の要介護認定における情報を確認することに同意します。

本人署名
※対象者死亡の場合は、申請者氏名を記入してください。

※ここから下は記入しないでください。

障害者控除対象者調査票

要介護区分	要支援 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
障害高齢者自立度	自立 J 1 J 2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
認知症高齢者自立度	自立 I II a II b IIIa III b IV M
認定	<input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 特別障害者
その他	