

障害者控除対象者認定書交付申請書

令和 年 月 日

佐野市長 様

〒 ー
申請者 住所
連絡先
氏名
(被保険者との続柄)

次の者について障害者控除対象者の認定を受けたいので申請します。

フリガナ										
被保険者氏名										
介護保険 被保険者番号										
住 所										
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日									
電話番号										
要介護度	要介護	有効期限	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで							

障害者控除対象者認定書の受領に関する一切の権限を申請者に委任します。

また、認定にあたっては、要件確認のために、必要に応じて私の介護保険要介護認定等情報を調査することに同意いたします。

被保険者氏名 (本人自署)

※自署困難な場合は、本人に説明し同意を得た上で代署して下さい。

◎障害者控除対象者認定書を下記に送付して下さい。(申請者以外の住所に送付する場合に記入して下さい。)

送付先	〒 ー 電話番号：
	住所：
	氏名：

受付印
(受付者：)