別記様式第１号（第３条関係）

障害者控除対象者認定書交付申請書

年　　月　　日

佐野市長　　様

申請者　住所

氏名

（続柄：　　）

電話

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をします。

住　　所	
フリガナ 氏　　名	
生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日

※介護保険被保険者証を添えて申請してください。

※　市記入欄

年　齢	□６５才以上	被保険者番号								受付者
要介護度	□要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□要介護５									
有効期間										