様式１号　　**※介護保険被保険者証をご確認のうえ、ご記入ください。**

障害者控除対象者認定申請書

令和　　年　　月　　日

四街道市長

鈴木　陽介　　様　　**認定書を使用する方について記入します↓**

申請者　住　　所　**△△△市……**

氏　　名　**四街道　太郎**

続　　柄　**長男**

電話番号　**０４３ー〇〇〇ー…**

下記の者に係る障害者控除対象者認定書の交付を申請します。

記

↓障害者控除対象者（介護認定を受けられている方）について記入します

対象者	住所	**四街道市……**			
	氏名	**四街道　花子**	被保険者番号	**0000……**	
	生年月日	明治・[大正]・昭和　〇〇年〇月〇〇日	性別	男	[女]
	電話番号	**０４３**　（〇〇〇）　〇〇〇〇			
申請理由		令和８年分の所得税確定申告等に使用するため			

＊　介護認定結果、認定調査票及び主治医意見書の閲覧に同意します。

対象者氏名　**四　街　道　　花　子　　代筆　　四街道　　太郎**

↑代筆の場合は代筆者氏名も記入します

市記入欄

主　治　医　意　見　書 （障害高齢者日常生活自立度）		主　治　医　意　見　書 （認知症高齢者日常生活自立度）	
要　介　護　状　態　区　分	要介護　　１　　２　　３　　４　　５		
認　定　年　月　日	年　　月　　日		
要介護認定の有効期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		