

様式第1号（第4条関係）

| 障害者控除対象者認定申請書                       |                                   |  |              |       |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--|--------------|-------|
|                                     |                                   | 年  | 月            |       |
|                                     |                                   | 日  |              |       |
| 松前町長                                |                                   | 様  |              |       |
|                                     |                                   | 住所   |              |       |
| 申請者                                 |                                   | 氏名   | 印            |       |
| (納税義務者)                             |                                   | 電話番号   |              |       |
|                                     |                                   | 来庁者  | 住所           |       |
|                                     |                                   | □同上  | 氏名           |       |
|                                     |                                   |  | 印            |       |
|                                     |                                   | 電話番号   |              |       |
| 下記の者について、障害者又は特別障害者として認定を受けたく申請します。 |                                   |  |              |       |
| 対象者                                 | 住 所                               |  |              |       |
|                                     | 氏 名                               |  | 性 別          |       |
|                                     | 生年月日                              | 年 月 日  | 申請者との<br>続 柄 |       |
|                                     | 認定基準日<br>現在の状況                    | <input type="checkbox"/> 要介護認定済み<br><input type="checkbox"/> 要支援認定済み<br><input type="checkbox"/> 寝たきり（時期           年           月頃から） |              |       |
|                                     |                                   | 介護保険<br>被保険者番号   | 基準日          | 年 月 日 |
|                                     | この認定に際し、要介護認定等の判定資料を利用することに同意します。 |  |              |       |
|                                     |                                   | 氏名   | 印            |       |
| (注) 寝たきりの場合は、医師の診断書が必要です。           |                                   |  |              |       |