

令和〇〇年 〇月 〇〇日

木更津市長 渡辺 芳邦 様

(申請者) 住 所 木更津市朝日3-10-19
氏 名 木更津 花子
電話番号 (××)-△〇△〇

木更津市障害者控除対象者認定取扱要綱第4条第1項の規定により、障害者控除対象者認定証明書の交付を申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	00000〇〇〇〇〇
	氏 名	木更津 花子
	住 所	木更津市朝日3丁目10-19
	生 年 月 日	昭和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
申 請 理 由		令和〇 年分の所得税確定申告等に使用するため

認定にあたり、私の要介護認定に係る調査票及び介護認定審査会による判定結果情報を障害者控除対象者認定証明書の交付に際して使用することに同意します。

被保険者の署名

被保険者名 木更津 花子

(申請者が代理人の場合)

私に係る障害者控除対象者認定証明書の発行を上記申請者に対して交付することに同意します。

署名は不要

被保険者名

※市記入欄

要介護 区分	認知症高齢者の 日常生活自立度	障害高齢者の日 常生活自立度	認定有効期間
			. . ~ . .

認定日 . .

障害者認定の区分 普障 . 特障