第１号様式（第３条関係）

障害者控除対象者認定申請書

年　　月　　日

　清須市長　様

（申請者）

住　所

氏　名

（自署の場合、押印不要）

対象者との関係

　清須市介護保険制度における障害者控除対象者の認定事務に関する要綱第３条第１項の規定に基づき、申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 　 |
| フリガナ | 　 | 性別 | 男・女 |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 要介護度 | １・２・３・４・５ |
| 申請理由 | 　 |

※　障害者控除対象者認定に際して健康福祉部高齢福祉課で保管する要介護認定等に係る調査内容及び介護認定審査会による判定結果の情報を閲覧することを同意します。

（対象者）

氏　名

（自署の場合、押印不要）