様式第2号(第2条関係)

障害者控除対象者認定書交付申請書

　　年　　月　　日

丸亀市福祉事務所長　宛

次のとおり　　　　年分障害者控除対象者認定書の交付を受けたいので申請します。

1　申請者

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 電話番号 |
| 認定対象者との関係 |  |

(注)申請者の範囲

・認定対象者　・認定対象者の親族又は扶養者(左記以外の方が申請する場合は,委任状が必要です。)

2　認定対象者(※認定対象者死亡の場合、□にチェックし、死亡年月日を記入してください。)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | □　認定対象者死亡の場合 |
| 氏名 |  | 年　　月　　日亡 |
| 住所 | 電話番号 | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |  |
| 各種手帳の有無 | 有　身体障害者手帳(　　)級　　療育手帳　(　　) | |
| 無 | |
| 要介護認定の有無 | 有　要介護度(　　　　　　) | |
| 無 | |

認定審査における要介護認定資料閲覧の同意

私は、障害者控除に係る認定審査において、福祉事務所長が必要な要介護認定情報を閲覧することに同意します。

認定対象者(本人)氏名

申請者(代理人)　氏名