

## 障害者控除対象者認定申請書

白老町長 様

令和 年 月 日

申請者	住所	
	フリガナ	
	氏名	⑩
	電話番号	
どなたの認定書 が必要ですか	住所	
	フリガナ	
	氏名	⑩
	性別	男 ・ 女
	生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日
窓口に来た人 との関係	1. 本人 2. 親族(続柄 ) 3. その他( )	

※太枠内にご記入下さい。

----- 以下、保険者記入欄 -----

調査年月日	平成 令和 年 月 日
寝たきり老人該当	あり・なし <small>障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準に基づき、介護認定基本調査及び主治医意見書のいずれもがBランク以上であり、その年の12月31日の現況で6ヶ月以上の状態の者。</small>
日常生活自立度	障害度 自立・J1・J2・ <u>A1</u> ・A2・B1・ <u>B2</u> ・C1・C2
	認知症 自立・I・ <u>IIa</u> ・IIb・ <u>IIIa</u> ・IIIb・IV・M
認定有効期間	平成 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日