

様式第1号

決 裁	所 長	次 長	課 長	主 幹	リーダー	担 当

所沢市障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

(宛先)所沢市福祉事務所長

申請者 住 所
ふりがな
氏 名
対象者との続柄 ()
電話番号

所沢市障害者控除対象者認定に関する要綱第3条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

なお、対象者が所沢市介護保険の被保険者の場合にあつては、認定に係る審査に当たり、対象者の介護保険の要介護認定に関する情報を市が確認することに同意します。

記

対 象 者	住 所	
	ふ り が な	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	被 保 険 者 番 号	
	電 話	()
障害者控除対象者認定の基準日	年 月 日	(前年の12月31日。ただし、死亡又は出国の場合は、その日)
備 考		