

障害者控除対象者認定書交付申請書

(記入日) 令和●年 ●月 ●日

(あて先) 鎌倉市福祉事務所長

〒 (248 - 8686)

交付申請者
(送付先)

住所 鎌倉市御成町 18 番 10 号

氏名 鎌倉 太郎 (続柄 夫)

電話 (自宅または携帯) 999-9999-9999

次のとおり、障害者控除対象者認定書の交付を申請します。

認定 対象者	住 所	鎌倉市 御成町 18 番 10 号		
	フリガナ	カマクラ ハナコ	生年月日	昭和 20 年 1 月 1 日生
	氏 名	鎌倉 花子		
適用年分	令和 7 年分			
	次の 1 か 2 のいずれかに○をしてください (2 は添付資料が必要です。)			
	1 鎌倉市保管の要介護認定諸資料 鎌倉市福祉事務所長が、認定対象者の心身の状況を、鎌倉市の保管する介護保険の要介護認定諸資料によって確認することに同意します。 認定対象者署名 鎌倉 花子 (代筆「申請者」 鎌倉 太郎 2 医師の証明書または転出元自治体保管の要介護認定諸資料			
審査方法	※認定対象者が自署できない場合の理由 ☒ 病状等により意思確認ができないため ☐ その他 ()			

この認定対象者署名の箇所は必ず記入してください。

本人自署が難しい場合は認定対象者の代わりに署名した者の名前を記載

代筆した場合には自署できない理由を選択してください。

* 過年分の申請も受け付けます。

ただし、申請年末日に認定対象者の住所が鎌倉市にあり、要介護認定諸資料または医師の証明書が確認できる場合に限りです。