

障害者控除対象者認定書交付申請書

年 月 日

（あて先）鎌倉市福祉事務所長

〒（ — ）

住所 _____
 交付申請者 氏名 _____（続柄 _____）
 （送付先） 電話 _____（自宅または携帯）

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		
	フリガナ		生年月日	年 月 日生
	氏 名			
適用年分	令和 6 年分			
審査方法	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 _____ （代筆「申請者」 _____） ※認定対象者が自署できない場合の理由 <input type="checkbox"/> 病状等により意思確認ができないため <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
	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			

* 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ます。

確認審査表

（鎌倉市処理欄）

介護保険 被保険者番号	
-------------	--

対象者の要介護度が、1～3 の場合の判定表

要介護 (1 ・ 2 ・ 3)		認知症自立度					
		自立	I	II	III	IV	M
障害自立度	自立					障(1)	
	J						
	A						
	B						
	C			障(2)			

対象者の要介護度が、4 か 5 の場合の判定表

要介護 (4 ・ 5)		認知症自立度					
		自立	I	II	III	IV	M
障害自立度	自立					特(1)	
	J		障(1)				
	A	障(2)					
	B						
	C			特(2)			

特記事項

障害事由確認結果記入

略称	記入欄	障害事由	
障(1)		障害者	(1)知的障害者(軽度・中度)に準ず。
障(2)			(2)身体障害者(3～6級)に準ず。
特(1)		特別障害者	(1)知的障害者(重度)に準ず。
特(2)			(2)身体障害者(1～2級)に準ず。
非該当		理由	