

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			
	氏 名		生年月日	年 月 日生
適用年分	2 元 30 29 年分（希望する年分に○を記入してください。）			
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 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">                     交付申請者が認定対象者と異なる場合は、認定対象者が次の内容に同意し、認定対象者の氏名を記入してください。                 </div> <p style="text-align: center;">認定対象者である私は、鎌倉市福祉事務所長が、認定対象者の心身の状況について、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。</p> <p style="text-align: center;">認定対象者氏名 _____</p> 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です。