障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

新宿区福祉事務所長 宛て

障害者控除対象者の認定を受けたいので、介護保険の要介護認定・要支援認定にかかる調査情報や主治医意見書の情報を確認することに同意の上、下記のとおり申請します。

申請者	住所			続柄		
	氏名		電話番号			
対象者	住所					
	氏名					
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別
認定対象年	令和 2・3・4・5・6・7 年分 (必要分を○で囲む)					

【処理欄】

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
寝たきりの方	① 寝たきり度がB・Cのとき	特別障害者	
	② 寝たきり度がAのとき	障害者	
	③ ①、②以外のとき	非該当	
認知症の方	① 日常生活自立度がIII・IV・Mのとき	特別障害者	
	② 日常生活自立度がIIのとき	障害者	
	③ ①、②以外のとき	非該当	
総合判定	特別障害者	障害者	非該当
担当者氏名		福祉情報システム入力	
備考			