

障害者控除対象者認定申請書(介護保険)

阿賀野市長 様

※太線内を記入してください(被保険者No. ○○○○○○○○)

令和 ○ 年 ○ 月 ○ ○ 日

どなたの証明が必要ですか	住所	阿賀野市 岡山町10番15号	電話番号	62-2510
	フリガナ	アガノ イチロウ	生年月日	大正 昭和 平成
	氏名	阿賀野 太郎	6年 4月 1日	
窓口に来たあなたの	住所	同上・阿賀野市山崎77番地	電話番号	62-4141
	フリガナ	アガノ ヤクコ	生年月日	大正 昭和 平成
	氏名	阿賀野 花子	32年 12月 1日	
証明者との関係		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族(住民票同一世帯員) <input checked="" type="checkbox"/> その他(続柄: 子の妻) <small>※施設入所者や世帯分離の親族等</small>		
		市役所記入欄	身元確認(マイナンバーカードや免許証等) 確認済 <input type="checkbox"/>	

チェック欄
障害者・特別障害者

認定調査票	寝たきり度 <small>(訪問寝たきり度)</small>	日常生活 自立度 <small>(訪問痴呆度)</small>
普通		Ⅱ a
		Ⅱ b
特別障害者	B1	Ⅲ a
	B2	Ⅲ b
	C1	C1
	C2	C2

発行者	受付印	発行日