

## 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	電話番号	
	フリガナ	.....	生年月日	
	氏名		大正 昭和 平成	年 月 日
窓口に来たあなたの	住所	同上・	電話番号	
	フリガナ	.....	生年月日	
	氏名		大正 昭和 平成	年 月 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 type="checkbox"/> その他(続柄: _____) ※施設入所者や世帯分離の親族等		
		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		Ⅱa
		Ⅱb
特別障害者	B1	Ⅲa
	B2	Ⅲb
	C1	Ⅳ
	C2	M

### 発行者

### 受付印

### 発行日