

記入例

	所長	次長	課長	主幹	リーダー	担当
決裁						

所沢市障害者控除対象者認定申請書

令和3年1月4日

(宛先)所沢市福祉事務所長

申請者 住所 **所沢市並木1-1-1**

ふりがな **ひばり はなこ**

氏名 **雲雀 花子**

対象者との続柄 (**子**)

電話番号 **090 - **** - ******

日中にお電話がつながる
ご連絡先をご記入ください

所沢市障害者控除対象者認定に関する要綱第3条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

なお、対象者が所沢市介護保険の被保険者の場合にあつては、認定に係る審査に当たり、対象者の介護保険の要介護認定に関する情報を市が確認することに同意します。

記

対象者	住所	所沢市並木1-1-1
	ふりがな	ところざわ たろう
	氏名	所沢 太郎
	生年月日	昭和25年11月3日
	被保険者番号	1001234567
	電話	04 (2998) 1111
障害者控除対象者認定の基準日	令和2年12月31日	(前年の12月31日。ただし、死亡又は出国の場合は、その日)
備考		

介護保険の
被保険者番号

本年分の認定書の基準日は本年12月31日のため、
基準日を過ぎた翌年の1月以降にご申請できます。