（様式１）

障がい者控除対象者認定申請書

令和　　年　　月　　日

半田市長　様

（申請者）　〒　　－

住　　所

氏　　名

対象者との続柄　（　　）

電話番号　　－　　－

障がい者控除対象者認定書の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

対象者	住　　所	□ 申請者に同じ
	氏　　名	
	生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日
対象年分		平成・令和　　年分

私の住民登録状況、介護保険の認定に係る調査内容、各種障がい者手帳の取得状況等について確認することに同意します。

同意欄　対象者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【事務処理欄】

被保険者番号	0	0	0	0										
認定有効期間①	平成・令和　年　月　日～ 平成・令和　年　月末											障がい自立度	自立･J1･J2 / A1･A2 / B1･B2･C1･C2	
												認知症自立度	自立･Ⅰ / Ⅱa･Ⅱb･Ⅲa･Ⅲb / Ⅳ･M	
認定有効期間②	平成・令和　年　月　日～ 平成・令和　年　月末											障がい自立度	自立･J1･J2 / A1･A2 / B1･B2･C1･C2	
												認知症自立度	自立･Ⅰ / Ⅱa･Ⅱb･Ⅲa･Ⅲb / Ⅳ･M	
障がい者	□	知的障がい（軽度、中度）に準ずる										受付者		□ 窓口　□郵送
	□	身体障がい者（３～６級）に準ずる												
特別障がい者	□	知的障がい者（重度）に準ずる										申請者本人確認	□ 免許証　□保険証	
	□	ねたきり高齢者											□ その他（　　）	
												受付番号		