

(表)

様式第1号 (第3条関係)

特別障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

川 島 町 長 様

申請者 住所

氏名

川島町特別障害者に準ずる障害者等の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。

記

対象者住所			
対象者氏名			
対象者生年月日	年 月 日	申請者との続柄	

同意書

私は、特別障害者控除対象者認定のために、上記対象者の介護保険の要介護認定
における情報を町が確認することに同意します。

対象者氏名 _____

(裏)

保険者確認欄

療育手帳	有 ・ 無	A ・ ㊤
精神障害者保健福祉手帳	有 ・ 無	2級 ・ 1級
身体障害者手帳	有 ・ 無	2級 ・ 1級
戦傷病者手帳	有 ・ 無	特別項症から第3項症
原子爆弾被爆者援護法第11条第1項の規定		有 ・ 無
要介護認定	有 ・ 無	要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
認定調査票	障害高齢者の日常生活自立度	B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2
	認知症高齢者の日常生活自立度	IV ・ M
主治医意見書	障害高齢者の日常生活自立度	B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2
	認知症高齢者の日常生活自立度	IV ・ M