

障 害 者 控 除 対 象 者 認 定 申 請 書														
認定を受けようとする人	介護保険被保険者番号								要介護状態区分	1	2	3	4	5
	ふ り が な													
	名													
	生 年 月 日	大 ・ 昭 年 月 日												
	住 所	〒 ー												
介護保険認定関係書類を判定資料とすることへの同意		私は、所得税及び住民税の障害者控除対象者として認定を受けるため、要介護認定に用いた書類を判定資料として使用することに同意します。 年 月 日 氏 名												
日常生活状況等 (身体の状態) (当てはまる事項のすべてについて番号に○を付すこと。各事項の一部に該当すれば番号に○を付します。)		1 歩行が困難、体を洗うのに介助を要する、つめきりができない。 2 ズボンなど衣服の着脱ができない、移動に際し介助を要する。 3 洗顔・整髪・歯磨き、排尿・排便に介助を要する。 4 食事に介助を要する。 5 食べ物の飲み込みが困難 6 寝たきり 寝たきりになった時期 (年 月 日) 7 普通												
日常生活状況等 (精神の状態) (当てはまる事項のすべてについて番号に○を付すこと。各事項の一部に該当すれば番号に○を付します。)		1 日常の意思決定ができない。 2 失禁、食べられないものを口に入れる、興奮、不必要に動き回るなど、又はこれらのような問題行動を有し、常時注意を要する。 3 意思の伝達が困難。 4 記憶・理解がとぼしい。 5 認知症になった時期 (年 月 日) 6 普通												
年 月 日 岩見沢市長 様 〒 (ー) TEL (申請者) 住 所 氏 名 認定を受けようとする方との続柄 ()														
※ 認 定 却 下		年 月 日				※ 備 考								

(注) ※の欄は記入しないでください。