

障害者控除対象者認定書交付申請書兼同意書

年 月 日

（宛先）琴平町長

〒 _____
 申請者 住 所 _____
 氏 名 _____ (印)
 電話番号 _____

次の者について、琴平町障害者控除対象者認定実施要綱（平成28年琴平町告示第107号）第2条第1項の規定により、者控除対象者認定書の交付を申請します。

対象者	住 所	〒 _____		
	フリガナ			電話番号
	氏 名	-----		性 別
	生年月日	年 月 日	障害者手帳等	男 ・ 女
	被保険者番号		有 ・ 無
	対 象 年	年分	対象者が死亡している場合はその年月日	
		年	月	日

【認定対象者同意欄】

当該申請にあたり、障害者控除対象者であるための確認の必要に応じて、私の住民基本台帳、障害者手帳の有無、及び介護保険要介護認定等情報を調査すること、並びに担当部署へ情報提供することに同意します。

対象者氏名 _____ (印)

【委任欄】

私は、障害者控除対象者認定書の交付申請及び受領を上記申請者に委任します。

対象者氏名 _____ (印)

【琴平町処理欄】 ※以下は記載しないでください。

申請区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人	確認書類	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証等 <input type="checkbox"/> 運転免許証等 ()	
要介護区分	認知症高齢者の日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	認定有効期間	認定の区分