様式第１号（第３条関係）

年　　月　　日

奥多摩町要介護認定に係る

障害者控除対象者認定証・おむつ代医療費控除確認証

交付申請書

　奥多摩町長　様

(申請者)

住所

氏名

対象者との関係（　　　　　　　　　）

【申請の種別】

※ 該当する種別の・に○を記入

・　障害者控除対象者認定証交付申請

所得税法施行令第１０条及び地方税法施行令第７条並びに第７条の１５の１１に定める障害者・特別障害者として、認定を受けたく申請します。

・　おむつ代医療費控除確認証交付申請

主治医意見書のうち、　　　　年に使用したおむつ代の医療費控除の証明（２年目以降）に必要な事項について、確認を受けたく申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 住所 |  | | |
| フリガナ |  | 性別 | 男　・　女 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 明・大・昭  年　　月　　日 |
| 介護保険者 |  | 要介護度 | 要支援1・2  要介護1・2・3・4・5 |
| 被保険者  番号 |  |
| 申請理由 | | 年分 の所得税確定申告等に使用するため | | |

認定・確認にあたって、基準審査のため、対象者の要介護認定に係る主治医意見書及び認定調査票の情報を、町が調査することを同意します。

対象者の心身の状況等に変更が生じた場合は、速やかに町にその旨を報告します。

対象者氏名（自署）

代筆者氏名（自署）

（本人との続柄　　　　　　　　　　　）