

障害者控除対象者認定書の請求書

令和 年 月 日

邑南町福祉事務所長 様

窓口に 来た人	住所	
	氏名	

申請者	住所	<input type="checkbox"/> 窓口に来た人と同じ
	氏名	<input type="checkbox"/> 窓口に来た人と同じ

どなたの証明が必要ですか		
<input type="checkbox"/> 委任状のとおり		
証明する人 の住所	<input type="checkbox"/> 窓口に来た人と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
証明する人 の氏名	<input type="checkbox"/> 窓口に来た人と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
証明する人 の生年月日	大正・昭和 年 月 日	
証明する人 の性別	男 · 女	
証明する人は窓口に来た人から見て何に当たりますか		
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他 ()		

本人確認欄		有効期限等
1点 確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身・精) <input type="checkbox"/> その他 ()	
2点 確認	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> その他 ()	