

(あて先) 岡山市 福祉事務所長

〒 ー
住所 _____
(Tel ー ー)

申請者

氏名 _____

続柄: 1. 対象者(本人) 2. 代理人 3. 相続人 4. 後見人等

下記の者を所得税法施行令(昭和40年政令第96号)第10条及び地方税法施行令(昭和25年政令第245号)第7条又は第7条の15の7に定める 障害者・特別障害者 として認定されるように申請します。

対象者 (本人)	住 所	岡山市 区							
	(ふりがな) 氏 名								
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	(歳)		
介護保険被保険者番号		0	0	0					
対象期間		1.	年分	2.	年分	~	年分		
資料活用へ の同意欄	認定にあたって、要件確認のため、私の介護保険要介護認定等情報を活用することに同意します。								
	記入必須	①対象者(本人)署名 _____ ※記入必須 (本人が署名困難な場合、同意を得た上で代筆) _____							
		(代筆者氏名)		(対象者との続柄: _____)					
		②対象者が _____ 年 月 日死亡のため同意を得ることができません。							

◎本人(対象者)以外へ認定書の送付を希望する場合は、以下に本人から署名をもらってください。

※相続人、後見人等の場合は記入不要

認定申請に 関する 委任欄	私は、申請及び認定書の受取りを、上記申請者(2. 代理人)に委任します。								
	対象者(本人)署名 _____ (本人が署名困難な場合、同意を得た上で代筆) _____								
	(代筆者氏名)		(対象者との続柄: _____)						

(以下は記入しないでください)

年 月 日時点の状況

福祉事務所記入欄

申請者		確認書類等			申請者の身分証等	
<input type="checkbox"/> 対象者(本人)		<input type="checkbox"/> 委任状(委任欄) <input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> 戸籍 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 登記 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/> 代理人						
<input type="checkbox"/> 相続人						
<input type="checkbox"/> 後見人等						
年齢要件	65歳以上		65歳未満		審査	
要介護認定資料	要介護状態区分		要介護認定有効期間		<input type="checkbox"/> 寝たきり高齢者該当 <input type="checkbox"/> 特別障害者該当 <input type="checkbox"/> 障害者該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
	支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5		年 月 日 ~ 年 月 日			
認定調査票	寝たきり度 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		認知症度 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
主治医意見書	寝たきり度 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		認知症度 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			