

障害者控除対象者認定申請書

フリガナ		被保険者番号	0 0 0
被保険者氏名	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
被保険者住所	昭島市 電話番号 ()		
<p>(宛先) 昭島市長</p> <p>上記被保険者について、介護認定審査会資料の目的外利用であることについては同意のうえ、障害者控除対象者認定を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者住所 _____</p> <p>フリガナ _____ 被保険者との関係 _____</p> <p>申請者氏名 () _____</p> <p>電話番号 () _____</p>			

【市記入欄】

申請人確認欄		申請区分 (<input type="checkbox"/> 窓口・ <input type="checkbox"/> 郵送)			
<input type="checkbox"/> 介護認定申請人 <input type="checkbox"/> () 添付書類 ()		<input type="checkbox"/> 運転免許証番号 <input type="checkbox"/> 健康保険証番号 (<input type="checkbox"/> 第 号)			
認定情報	年 月 日 ~ 年 月末まで有効・認定日 年 月 日		(要介護度 1・2・3・4・5)		
	障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)		認知症高齢者の日常生活自立度		
調	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
医	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
特別な医療	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧・心拍・酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル・留置カテーテル等)				
その他	<input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 全ろう <input type="checkbox"/> ()				
障害認定区分	<input type="checkbox"/> 普通障害 (<input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 身体障害)				
	<input type="checkbox"/> 特別障害 (<input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> ねたきり高齢者)				
	<input type="checkbox"/> 非該当 (<input type="checkbox"/> 認定無効) ⇒ 電話連絡日 年 月 日				
発送(交付)	年月日	決裁日(施行日)	課長	係長	係 申請人確認者
<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口 ()					
令和	年 月 日	令和	年 月 日		