

障害者控除対象者認定に必要な介護保険情報の照会に関する同意書

令和 年 月 日

西東京市長 あて

申請者 住所

氏名

電話番号

対象者との関係

対象者 住所 申請者に同じ

氏名

生年月日

年 月 日

障害者控除対象者認定のために必要な介護保険の認定調査状況書類その他必要な書類について、市長が対象者の保険者に照会することに同意します。