

# 障害者控除対象者認定書再交付申請書

年 月 日

熊本市\_福祉事務所長 様

障害者控除認定書の再交付を申請します。

|     |     |     |  |  |    |  |  |  |
|-----|-----|-----|--|--|----|--|--|--|
| 申請者 | 住所  | 〒 - |  |  |    |  |  |  |
|     | 氏名  |     |  |  | 続柄 |  |  |  |
|     | 連絡先 | - - |  |  |    |  |  |  |

|   |      |              |   |   |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|------|--------------|---|---|--------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 対象者   | 住所   | 〒 -<br>熊本市 区 |   |   |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 氏名   |              |   |   | 性別     | 男 ・ 女 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 生年月日 | 年            | 月 | 日 | 被保険者番号 |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 本認定審査に必要な、要介護認定に関する情報の閲覧に同意します。<br><input type="checkbox"/> 本申請手続きを扶養親族以外である申請者に委任します。 |      |              |   |   |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |

|      |                            |
|------|----------------------------|
| 申請理由 | _____ 年分の所得税(市民税)申告に使用するため |
|------|----------------------------|

※ 以下は記入しないでください。

|                                |
|--------------------------------|
| 申請者確認<br>個 免 旅 さ 学 職 身 保 聴 ( ) |
|--------------------------------|

| 受付印 | 受付者 | 担当者 | 確認者 | 発送日      |
|-----|-----|-----|-----|----------|
|     |     |     |     | 年<br>月 日 |

|      |      |                              |                                |
|------|------|------------------------------|--------------------------------|
| 認定内容 | 認定区分 | <input type="checkbox"/> 障害者 | <input type="checkbox"/> 特別障害者 |
|      | 認定機関 | 熊本市                          | 福祉事務所長                         |
|      | 交付日  | 年                            | 月 日                            |