

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	〒 - 熊本市 区		
	氏名	印	性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	被保険者番号	

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。

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 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 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	