障害者控除対象者認定書再交付申請書

年　　　月　　　日

豊橋市福祉事務所長　様

　障害者控除対象者認定書につき、次のとおり再交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請者** | カナ |  | | | | | |  | | | | | |
| 氏名 | 姓 |  | | | | | 名 |  | | | | |
| 続柄 | □本人　　□配偶者　　□子　　□その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 郵便番号 | 〒 | |  |  |  | － | | |  |  |  |  |
| 住所 | □対象者住所と同じ | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | （　　　　　　　　　　　　　）―（　　　　　　　　　　　　　）―（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **対象者（本人）** | 被保険者番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 郵便番号 | 〒 | | |  | |  | |  | | － | |  | |  | |  | |  | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| カナ |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 氏名 | 姓 |  | | | | | | | | | 名 |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | □大正　□昭和　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象年 | 年分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | □紛失　　□毀損　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務処理欄 | 受付者 | 受付印 |  | 認定番号 |  |
|  |
| 受付方法 | 交付年月日 |  |
| □窓口  □郵送 | 再交付年月日 |  |
| 備考 | |  | | | |