

障害者控除対象者認定書再発行申請書

年 月 日

郡山市福祉事務所長

郵便番号（ - ）  
住 所  
申請者 氏 名  
電話番号（ - - ）  
対象者との関係

下記の者の所得税法施行令第10条第1項第7号及び第2項第6号並びに地方税法施行令第7条第7号及び第7条の15の7第6号に定める障害者又は特別障害者として認定を受けた障害者控除対象者認定書の再発行をしてくださるよう申請します。

記

対象者	住 所	
	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日（ 歳）
対象年	年所得申告用	
送付先	※ 送付を希望する宛先を○で囲んでください。 <input type="checkbox"/> 対象者（本人） <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他（対象者との関係： 氏 名： 住 所： 電 話 番 号： )	