

障害者控除対象者認定書再交付申請書

宗像市長 あて

次のとおり再交付をお願いします。

なお、万一証の不正使用等により、貴市に対し損害が生じた場合は、速やかに責任をとり、貴市に一切迷惑をかけないことを誓約いたします。

		申請日	令和	年	月	日	
被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号				
	氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日
			性別	男	・	女	
住所							電話番号

申 請 者	関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族（続柄 _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） ※本人、親族以外の第三者が申請する場合には、必ず委任状を添付してください。					
	氏名						
	住所	（※被保険者と同一の場合は記入不要） 電話番号					

申請の理由	令和（平成） _____ 年分所得税（住民税）申告に使用するため
-------	----------------------------------

●宗像市記入欄（※記入不要）

2010. 4. 1

申請者確認写し	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
備考			担当者 サイン

受領者署名	
-------	--