

障害者控除対象者認定書再交付申請書

年 月 日

湯沢市福祉事務所長 様

住 所 〒

\_\_\_\_\_

申請者

\_\_\_\_\_

電話番号 ( )

\_\_\_\_\_

次の者の障害者控除対象者認定書を再交付されるよう申請します。

対象者	対象年	令和 年	被保険者番号	
	住 所			
	氏 名			
	生年月日		申請者 との続柄	