

障害者控除対象者認定書再交付申請書

令和 ● 年 ● 月 ●● 日

豊橋市福祉事務所長 様

認定書は申請者住所に送付します。再交付を申請します。

申請者	カナ	トヨハシ		ハナコ		
	氏名	姓	豊橋		名	花子
	続柄	<input type="checkbox"/> 本人	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> その他 ()	
	郵便番号	〒	4	4	0	- 〇 〇 〇 〇
	住所	豊橋市〇〇町〇番地 〇〇マンション〇〇〇号室				
	電話番号	(〇〇〇〇)	-(〇〇) (

介護保険被保険者証(黄色)の10桁の番号を記入してください。

対象者(本人)	被保険者番号	1	1	0	0	1	2	3	4	5	6
	郵便番号	〒	4	4	0	-	〇	〇	〇	〇	
	住所	豊橋市〇〇町〇番地 〇〇マンション〇〇〇号室									
	カナ	トヨハシ		タロウ							
	氏名	姓	豊橋		名	太郎					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	〇	年	〇	月	〇	日		
	対象年	令和 〇 年分									
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 毀損	<input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送		再交付年月日	
	備考			