

# 障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

岩 沼 市 長 殿

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ 本人との続柄 \_\_\_\_\_

住所（本人申請の場合は記入不要です。）

電話番号 \_\_\_\_\_

下記の者について、障害者控除対象者として認定するよう申請します。

対象者	被保険者 番 号		性 別	男 ・ 女
	(フリガナ) 氏 名		生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日
	住 所			

[市役所使用欄]

記 録	交付日	令和 年 月 日	処理者		収 受
	申請者身分証明書：運転免許証・医療保険証・その他( ) 証明書番号：				