

<様式>

厚生労働省 政策統括官付社会保障担当参事官室「税制改正要望担当」宛

平成24年度厚生労働省税制改正に関する要望

要望者名 (個人の場合は年齢、性別、ご職業をご記入ください。法人の場合は部署名および担当者名もご記入ください)	
住所 (法人の場合は所在地)	
電話番号	
FAX番号	
電子メールアドレス	

要望項目名	
種別	1. 新しい税制措置に係るもの 2. 既存の税制措置の拡充や延長に係るもの ※どちらかに○印を付してください。
要望税目	国税 () 地方税 ()
関係法令(条項)	
要望内容の詳細	
措置を必要とする期間	
要望理由 (必要性・妥当性)	
期待される効果	
税収の減収見込額	
備考	

※分かる範囲で簡潔に記入してください。

※参考資料があれば添付してください。