

В \_\_\_\_\_  
наименование налогового органа

от \_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество \* полностью,

\_\_\_\_\_  
ИНН \*\*,

\_\_\_\_\_  
серия и номер документа, удостоверяющего личность,

\_\_\_\_\_  
кем выдан, дата выдачи,

\_\_\_\_\_  
адрес места жительства/регистрации,

\_\_\_\_\_  
контактный номер телефона

### ЗАЯВЛЕНИЕ

#### о подтверждении права налогоплательщика на получение социальных налоговых вычетов, предусмотренных подпунктами 2 и 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации

В соответствии с пунктом 2 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации прошу подтвердить мое право на получение в \_\_\_\_\_ году следующих социальных налоговых вычетов по налогу на доходы физических лиц:

Социальный налоговый вычет, в отношении которого не применяются ограничения, установленные пунктом 2 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации	Сумма вычета (руб.)
в сумме, уплаченной за дорогостоящее лечение в медицинских организациях, у индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность	
Социальные налоговые вычеты, в отношении которых применяется ограничение, установленное подпунктом 2 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации	Сумма вычета (руб.)
в сумме, уплаченной за обучение своих детей в возрасте до 24 лет, подопечных в возрасте до 18 лет, граждан, бывших подопечных, после прекращения опеки или попечительства в возрасте до 24 лет	
Социальные налоговые вычеты, в отношении которых применяется ограничение, установленное пунктом 2 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации	Сумма вычета (руб.)
в сумме, уплаченной за свое обучение, обучение брата (сестры) в возрасте до 24 лет	
в сумме, уплаченной за медицинские услуги, оказанные медицинскими организациями, индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, мне, супругу (супруге), родителям, детям (в том числе усыновленным) в возрасте до 18 лет, подопечным в возрасте до 18 лет, а также в размере стоимости лекарственных препаратов для медицинского применения	
в сумме страховых взносов, уплаченных по договорам добровольного личного страхования, а также по договорам добровольного страхования своих супруга (супруги), родителей, детей (в том числе усыновленных) в возрасте до 18 лет, подопечных в возрасте до 18 лет	

На общую сумму \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек  
( \_\_\_\_\_ ) рублей \_\_\_\_\_ копеек.

Вычет планирую получать у следующего работодателя (налогового агента):

Полное наименование организации (фамилия, имя, отчество \* индивидуального предпринимателя): \_\_\_\_\_

ИНН: \_\_\_\_\_, КПП \*\*\* \_\_\_\_\_

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(дата) (подпись) (фамилия, имя, отчество \*)

\* Отчество налогоплательщика и/или индивидуального предпринимателя - налогового агента указываются при наличии.

\*\* ИНН налогоплательщика указывается при наличии.

\*\*\* КПП указывается для организаций.