

年 月 日

あま市長様

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、 \_\_\_\_\_ 年に使用したおむつ代の医療費控除証明（2年目以降）に必要な事項について、確認願います。

被 保 険 者	被保険者 番 号										
	氏 名										
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女				
	住 所	あま市									

おむつ代の医療費控除証明（2年目以降）に必要な事項について記載した書類を、本人以外が受領する場合は、以下の欄にも記入・押印をしてください。

(委任欄) 右の者に、受領を委任します。  年 月 日  (被保険者氏名)  _____ 印	受 領 者	郵便番号	
		住所	
		氏名	
		被保険者 との続柄	
		電話番号	
確 認	マイナンバーカード・運転免許証 ・パスポート ・住基カード (写真有) 身体障害者手帳・その他 ( )		
	保険証・年金手帳・年金証書・介護保険証・住基カード (写真無) 雇用保険受給者証・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード・社員証 その他 ( )		
	【 記号番号等のメモ欄 】 _____		