

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、令和 年 に使用したおむつ代の医療費控除の証明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 控除を受ける年数		1 年目 2 年目以降									

おむつ代の医療費控除証明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) _____ ㊞	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	運転免許証 ・ パスポート ・ 住基カード (写真有り) ・ 外国人登録証明書 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 (写真無し) 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 】 _____		