年　　月　　日

羽曳野市長　様

意見書の確認が必要となる年を記入してください。

確認申請書

確定申告に使用するため、＿＿＿＿＿年に使用した、おむつ代の医療費控除の証明（２年目以降）に必要な事項について、主治医意見書の確認を申請します。

申請者	氏名		
	被保険者との関係		本人以外の場合身分証明確認（郵送の場合写しを添付してください） □免許証　□健康保険証　□その他（　　）
	住所	〒	
	電話番号		
被保険者	被保険者番号	□□□□□	性　別　　男　女
	氏名		
	住所	〒	
	生年月日	年　　月　　日	
	おむつ代の医療費控除２年目以降に該当		該当する　・　該当しない

本人以外の方が郵送で申請する場合、身分を証明するものの写しが必要です。

※以下は同一世帯の親族以外の方が申請する場合に記入が必要です。

私は申請者を代理人と定め、おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書内容確認の申請及びおむつ代医療費控除の証明書受領に関する一切の権限を委任します。

被保険者（本人）署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（※）

（※）被保険者（本人）が手書きしない場合は、記名押印してください。

（市記入欄）　　証明書の発行　：　　可　・　不可