

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の証明
に必要な事項について、確認願います。

申請者	氏名						被保険者との関係	
	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						
	おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに○）							1年目 ・ 2年目以降

※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