

第1号様式（第3条第1項）

おむつ代に係る医療費控除確認書交付申請書

令和 年 月 日

木更津市長 様

確定申告に使用するので、主治医意見書及び介護認定審査会による判定結果情報のうち、令和 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、確認書の交付を申請します。

1. 申請者

フリガナ		被保険者との関係
氏名		
住所	〒 ー 電話番号 ()	

2. 被保険者（被保険者死亡の場合、にをして死亡日を記載してください。）

フリガナ		被保険者番号									
被保険者氏名											
住所	〒 ー 電話番号 ()										
<input type="checkbox"/> 被保険者死亡 (年 月 日死亡)											

3. 同意欄（申請者と被保険者が異なる場合、署名をして下さい。死亡の場合は不要）

私に係わるおむつ代に係る医療費控除確認書交付につき、申請者に記載された者を代理人に選任し、その権限を委任することに同意します。

被保険者氏名 _____