

記入例 申請者が代理人の場合

様式第1号（第3条関係）

〇〇〇〇年 〇月 〇日

(宛先) 琴平町長

〒 766 - 0004

代理人の印鑑
申請者
住所
琴平町榎井817番地10

氏名
琴平 次郎
印 印

電話番号
〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書の内容確認申請書兼同意書

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、〇〇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、確認願います。

対象者 (被保険者)	介護保険 被保険者 番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	性別	男 ・ 女
	氏名	琴平 太郎										生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日生
	住所	琴平町榎井817番地10											

【対象者同意欄】

本件申請にあたり、おむつ代の医療費控除の証明のために必要に応じて、私の住民基本台帳及び介護保険要介護認定等情報を調査すること、並びに担当部署へ情報提供することに同意します。

本人の印鑑
対象者氏名
琴平 太郎
印 印

【委任欄】

私は、おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書の内容確認申請及び受領を上記申請者に委任します。

対象者氏名
琴平 太郎
印 印

【琴平町処理欄】 ※以下は記載しないでください。

※ 提示書類の確認	<input type="checkbox"/> 対象者の介護保険被保険者証又は介護保険資格証 <input type="checkbox"/> 前年の確定申告書の写し <input type="checkbox"/> おむつ使用証明書の写し <input type="checkbox"/> 確認書の写し <input type="checkbox"/> 申出書 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	受付年月日	※備考