

おむつ代の医療費控除用確認申請書

年 月 日

藤井寺市長 様

申請者

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 大・昭・平 年 月 日

電話番号 () _____

被保険者との続柄 _____

被保険者

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 大・昭・平 年 月 日

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 _____

受付印	
受付者	

申請者の本人確認欄(市記入)

一つで確認できるもの

- ☐個人番号カード ☐運転免許証 ☐パスポート ☐身体障害者手帳
☐精神障害者保健福祉手帳 ☐在留カード又は特別永住者証明書
☐その他()

二つで確認できるもの

- ☐介護保険被保険者証 ☐介護保険負担割合証 ☐健康保険被保険者証
☐後期高齢者医療の被保険者証 ☐年金証書 ☐年金手帳
☐その他()