

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 明・大・昭 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 明・大・昭 年 月 日

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()