

おむつに関する主治医意見書記載事項確認申請書

令和_____年_____月_____日

碧南市長 殿

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
(被保険者との続柄 _____)
電話番号 (_____) _____

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和2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。

被 保 険 者	被保険者番号	
	住 所	
	氏 名	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日

※窓口記入欄

本 人 確 認 書 類	1点 (ア)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 障害手帳 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 番号 (_____)
	2点 (イ)	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 番号 (_____)
	2点 (ウ)	<input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 預金通帳 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> その他 (_____)

※顔写真のある公共団体が発行した証明書は1枚(ア)、顔写真のないものは(イ)から2枚、もしくは(イ)・(ウ)から1枚ずつを確認すること。顔写真のない証明書が一枚しかない場合は、本人のみが知りうる事項の聴き取りによる本人確認を合わせて行う。

受付