

委任状

鞍手町長 様

私のおむつ代の医療費控除の証明（2年目以降）に必要な事項に係る確認書の交付について、下記代理人が申請・受領することを委任します。

年 月 日

代理人	フリガナ	
	氏名	
	被保険者との関係	
	住所	〒 ー (電話番号) ー ー

被保険者	フリガナ												
	氏名	⑩											
	被保険者番号												
	住所	〒 ー (電話番号) ー ー											
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日											

<処理欄>

受付年月日	年 月 日	<本人確認書類等> <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 外国人登録証 <input type="checkbox"/> 納税通知書 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 税金等領収書 <input type="checkbox"/> その他 ()
交付年月日	年 月 日	