

被保険者本人以外の方が申請される場合必要です

委 任 状

鞍手町長 様

私のおむつ代の医療費控除の証明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。

令和 年 月 日

代 理 人	フリガナ										
	氏 名										
	被保険者 との関係										
	住 所	〒	—	(電話番号) — — —							

被 保 険 者	フリガナ												
	氏 名												
	被保険者 番 号												
	住 所	〒	—	(電話番号) — — —									
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日							

<処理欄>

<代理人確認書類等>

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <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 () | | |