

## 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。

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	〒                      ー										
		(電話番号)                      ー                      ー										
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和                      年                      月                      日										

＜代理人確認書類等＞

- ☐運転免許証      ☐介護被保険者証      ☐年金手帳  
☐健康保険証      ☐母子健康手帳      ☐外国人登録証  
☐納税通知書      ☐パスポート      ☐税金等領収書  
☐その他（                                  ）