

(様式2)

令和 年 月 日

(あて先) 松山市長

確定申告に使用するため、主治医意見書のうち、平成・令和〇〇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。

被保険者番号	*****
①被保険者住所	松山市〇〇町△ - □ - ×
被保険者氏名	松山 子規

② 申出者住所	〒79× - 〇△□× 松山市〇〇町△ - □ - × (電話番号) 9〇△ - 〇△□×
申出者氏名	松山 花子
被保険者との関係	長女

郵送先 (○でかこんで下さい)

①被保険者住所 ②申出者住所 ③その他 (下の欄にご記入下さい)

③ その他の郵送先	〒〒10× - 〇△□× 東京都〇〇区◇町1丁目 11-35
氏名	松山 太郎 (被保険者との関係) 長男

○ 郵送もしくは窓口にて交付します。

【郵送】

被保険者の住民票の住所もしくは送付先変更(手続きが必要です)されている住所に郵送します。

その他の住所に郵送を希望される場合は、この申出書と一緒に郵送先の方の本人確認ができる書類のコピーを添付して下さい。

【窓口】

直接お渡しできます。

《必要なもの》

- 被保険者と生計を一にしている親族、後見人の方が来られる場合…この申出書と被保険者の介護保険証もしくは申出者(窓口に来られる方)の本人確認ができる書類。後見人の場合は後見人であるという証明書のコピー(審判確定証明書等)も持ってきて下さい。
- 上記以外の方が代理で来られる場合…この申出書と事後のトラブルを防ぐために本人確認ができる書類のコピーと委任状をいただきます。委任者が後見人の場合は、後見人の証明書(審判確定証明書等)も必要です。