

## 税の申告に必要な証明等の申請に係る同意書

私は、下記の申請者が、

- ・ 障害者控除対象者認定申請
- ・ おむつに係る費用の医療費控除適用に必要な書類の申請

を行うことに同意します。

※該当する申請に○をする。

年 月 日

被 保 険 者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

介護保険被保険者番号 \_\_\_\_\_

申 請 者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

被保険者本人が記入できないため、私が代筆しました。

代 筆 者 住 所 \_\_\_\_\_

(申請者以外の方)

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

被保険者との関係 \_\_\_\_\_