

医療費控除（おむつ代）確認申出書

令和 年 月 日

大 竹 市 長 様

確定申告に使用するので、下記対象者の主治医意見書のうち、 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、確認をお願いします。

|     |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
|-----|---------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|---|
| 申請者 | 氏 名     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
|     | 住 所 等   | 〒         |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
|     |         | 電話番号      |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
|     | 対象者との続柄 |           |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
| 対象者 | 被保険者番号  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
|     | 氏 名     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
|     | 住 所 等   | 〒         |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
|     |         | 電話番号      |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
|     | 生年月日    | 明 ・ 大 ・ 昭 |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 |