おむつ代医療費控除証明申請書

浜田地区広域行政組合管理者　様

　　　確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、　　　　年に使用したおむつ代の

医療費控除の証明に必要な事項について、確認願います。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | 申請年月日 | | 令和　　年　　月　　日 | |
| 申請者氏名 | |  | | | | | 本人との関係 | |  | |
| 申請者住所 | | 〒 |  | | | | | | | |
|  | | | | | | 電話番号 | |  |
| ＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所･電話番号は記載不要 | | | | | | | | | | |
| 被　保　険　者 | 被保険者番号 | | |  | |  | | | | |
| フリガナ | | |  | | 生年月日 | | 明･大･昭　 年 　月 　日 | | |
| 氏　　名 | | |  | |
| 性　別 | | 男 ・ 女 | | |
| 住　　所 | | | 〒 |  | | | | | |
|  | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

※常用漢字を用いておりますので、旧字体の氏名等が、正しく印字できない場合があります