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