

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	〒		

[illegible]

※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