

様式第1号（第3条関係）

おむつ代の医療費控除の証明申請書

令和 年 月 日

小美玉市長様

平成

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和 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、確認願います。

1. 申請者（被保険者死亡の場合、□に☑をし、申請者の印鑑を押印してください。）

フリガナ		<input type="checkbox"/> 被保険者死亡
氏名		
住所	電話番号 ()	
本人との関係		

2. 被保険者

被保険者番号									
フリガナ									
氏名									
住所									
生年月日	(明治・大正・昭和)	年	月	日	性別	男・女			

3. 同意書（※1.申請者と2.被保険者が異なる場合は、記名・押印をしてください。死亡の場合は不要。）

私は、1.申請者に記載された者がおむつ代の医療費控除証明書の交付を申請し、受け取ることに同意します。 <p style="text-align: center;">氏名（被保険者）_____</p>
--