

## おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書確認申請書

年 月 日

小美玉市長 様

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、にをしてください。）

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

### 2. 被保険者

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

### 3. おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに）

|                              |                                |
|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1年目 | <input type="checkbox"/> 2年目以降 |
|------------------------------|--------------------------------|

### 4. 同意書（※1.申請者と 2.被保険者が異なる場合は、記名をしてください。 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に係る確認書の交付を申請し、受け取ることに同意します。 |
| 氏名（被保険者）  |