おむつ代医療費控除証明申請書

邑智郡総合事務組合管理者　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（2年目以降）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		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　年　月　日
	氏　　名		性　　別	男 ・ 女
	住　　所	〒		