|  |  |
| --- | --- |
| **支所受付印** | **本庁受付印** |
|  |  |

おむつ代医療費控除用確認申請書

神石高原町長　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の確認申請をします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 申請年月日 | 令和　 年 　月 　日 |
| 申請者氏名 |  | 被保険者との関係 |  |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | フリガナ | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭　 年 月 日 |
| 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　電話番号( ) | | | | | | | | | | | |

※おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに〇）

　　　　　　１年目　　・　　２年目以降