

おむつ代医療費控除確認申請書

(あて先) 周南市長

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		被保険者	との関係		
	住所	〒				
		電話	()			

対象者	フリガナ		被保険者番号										
	氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日						
	住所												

※おむつ代の医療費控除を受ける年数 (該当するものに○)	1年目	2年目以降
---------------------------------	-----	-------