

おむつ代医療費控除証明申請書

安来市長 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。

申請者氏名		申請年月日	令和 年 月 日
申請者住所	〒	本人との関係	
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			
	フリガナ	生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏 名	性 別	男 ・ 女	
	住 所	〒		

--	--	--	--	--

保険者(市町)確認欄

意見書作成日	寝たきり度	尿失禁の可能性	証明の可否	証明書発行日
年 月 日		有 ・ 無	可 ・ 否	年 月 日

本 人 確 認	確 認 方 法 お よ び 内 容		確認者印
	書類の提示	運・保・福・介・年・生・通 その他()	
	市職員による	所属 _____ 氏名 _____	
	質問による	内容:	