おむつ代の医療費控除に係る確認証明申請書

令和　　　年　　月　　日

香芝市長　様

（申請者） 住　　所

氏　　名

電話番号

対象者との続柄

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。

（対象者） 被保険者番号

住　　所

氏　　名

※ 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