

おむつ代の医療費控除に係る確認証明申請書

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、\_\_\_\_\_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。

(対象者) 被保険者番号

住 所

氏 名