# おむつ代医療費控除証明申請書

松江市長

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（2年目以降）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 | | 本人との関係 | |
| 申請者住所 | 〒<br>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 | | 個人番号 | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 明・大・昭　年　月　日 |
| | 氏　名 | | 性　別 | 男・女 |
| | 住　所 | 〒 | | |

※常用漢字を用いておりますので、旧字体の氏名等が、正しく印字できない場合があります