

支所受付印	本庁受付印

おむつ代医療費控除用確認申請書

神石高原町長 様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和 年 月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の確認申請をします。

	申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名	被保険者との関係	
申請者住所	〒 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											
	被保険者氏名	フリガナ					生年月日	明・大・昭 年 月 日				
	住 所	〒					性 別	男 ・ 女				
		電話番号()										