

様式第 1 号

おむつ代に係る医療費控除確認書交付申請書

年 月 日

高梁市長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

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に必要な事項について、確認願います。

対象者 (被保険者)	住 所			
	氏 名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日		
	被保険者番号		申請者 との続柄	
	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	