

様式第 1 号（第 2 条関係）

おむつ代の医療費控除事項証明申請書

年 月 日

うるま市長 様

（申請者）住 所
氏 名
続 柄
電話番号

確定申告に使用するので、下記対象者の主治医意見書のうち、おむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、うるま市おむつ代の医療費控除の事項証明に関する要綱第 2 条第 1 項の規定により、内容を確認した証明書を交付するよう申請します。

対 象 者	住 所				
	氏 名			性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日	明・大・昭	年 月 日	被保険者番号	
お む つ 代 の 医 療 費 控 除 を 受 け る 年 数 （ 該 当 に ○ ）		1 年 目 ・ 2 年 目 以 降			
申 請 理 由		年に使用したおむつ代の医療費控除に使用するため			

上記申請に当たり、主治医意見書の内容を確認し、上記申請者に情報提供することを同意します。

対象者氏名 _____ 印 代筆者氏名 _____ 続柄 _____

※ 対象者が意思無能力者の場合は、その者の代筆はできません。