

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 ( )

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、内容を確認した証明書を交付するよう申請します。  
なお、おむつ代についての医療費控除を受けるのは2年目以降である。

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	
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			

上記申請にあたり、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

対象者氏名 \_\_\_\_\_ 印

上記の申請について別紙のとおり証明する。

課 長	係 長	係 員