(様式１)

おむつ代に係る医療費控除確認書交付申請書

令和　　年　　月　　日

　三 木 市 長　様

　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。

（申請者）

　住　　所

氏　　名

電話番号　　　　　　　　　　　　　被保険者との続柄

（被保険者）

氏　　　　名

生年月日　　　　　　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（該当するものに○）

１年目　　２年目以降