

おむつ使用確認書交付申請書

年 月 日

大垣市長 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	フリガナ		本人との 関係	
	申請者氏名			
	住所	〒 _____		
			電話(_____)	- _____

対象者	被保険者番号		生年月日	
	フリガナ			
	被保険者氏名		年 月 日	
	住所	〒 _____		
	おむつ代の医療費控除を受ける年数	1年目	2年目以降	
	※該当する年数に○をつけてください			

交付決定 可 不可 (_____)

受付時 確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人カード <input type="checkbox"/> その他 (_____)
------------	---