　　　年　　　月　　　日

上野原市長　様

おむつ代医療費控除確認申請書

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）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 本人との続柄 |  |

（対象者）

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |
| ※氏名 |  |
| ※住所 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |

※ 申請者本人の場合は記入不要

※　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