

おむつに係る費用の医療費控除の申告に関する確認書の交付申請書

年 月 日

松戸市長

申請者	住所	〒
	氏名	
	被保険者との関係	
	問い合わせ先電話番号	※日中連絡のとれる電話(携帯)をお書きください

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平成・令和 年 に使用したおむつ代の医療費控除の証明(2年目以降)に必要な事項について、確認願います。

被保険者	被保険者番号												
	氏名												
	住所												
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日								

おむつに関する医療費控除を、平成・令和 年分に、医師の証明する「おむつ使用証明書」を添えて申告していることを申し立てます。

被保険者氏名			
代筆者氏名		被保険者との関係	

(受付:)