

様式第1号（第2条関係）

おむつ代の医療費控除事項証明申請書

平成 年 月 日

豊見城市長 様

(申請者)

住所

氏名 印

続柄 ()

電話 ()

確定申告に使用するので、下記被保険者の主治医意見書のうち、おむつ代に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、おむつ代について医療費控除を受けるのは、2年目以降である。

被 保 険 者	住所					
	氏名			被保険者番号		
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別 男・女
	申請理由	平成 年に使用したおむつ代の医療費控除に使用するため				