

おむつ代の医療費控除事項証明申請書

年 月 日

豊見城市長 様

（申請者）

住所

氏名

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。

※おむつ代について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

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	年に使用したおむつ代の医療費控除に使用するため				