

## 医療費控除に係るおむつ使用証明書 申請書

申請日 年 月 日

我 孫 子 市 長 あて

確定申告または市・県民税の申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和 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)

住所 〒

氏名

電話番号

(被保険者)

住所 〒

氏名

被保険者番号

※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