

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書内容確認書 交付申請書

令和 年 月 日

吹 田 市 長 宛

確定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、確認書の交付を申請します。

|     |      |             |        |                                                                           |
|-----|------|-------------|--------|---------------------------------------------------------------------------|
| 申請者 | ふりがな |             | 本人との続柄 | <input type="checkbox"/> 本人                                               |
|     | 氏 名  |             |        | <input type="checkbox"/> 親族<br>( )<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |
|     | 住 所  | (電話番号 - - ) |        |                                                                           |

\* 申請者が被保険者ご本人様以外の場合、下記の本人同意欄の記入が必要です。

|                  |        |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--------|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者(本人)         | 被保険者番号 |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 氏 名    |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 生年月日   | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 西暦 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 住 所    | (電話番号 - - )               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| おむつ代の医療費控除を受ける年数 |        | 1 年目 2 年目以降 (該当するものに○)    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【本人同意欄】

令和 年 月 日

吹 田 市 長 宛

私は、主治医意見書のうち、おむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、申請者に開示することに同意します。

本人署名

※ 市役所使用欄

| 決 裁 欄 |         |       |     | 確 認 欄                                                                         |
|-------|---------|-------|-----|-------------------------------------------------------------------------------|
| 課長・参事 | 主幹・課長代理 | 係長・主査 | 係 員 | 年 月 日 交付<br><input type="checkbox"/> 窓口手渡し(受付者: ) <input type="checkbox"/> 郵送 |
|       |         |       |     |                                                                               |