

# 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 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	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
	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

	確認欄
	年 月 日 交付
	<input type="checkbox"/> 窓口手渡し (受付者: ) <input type="checkbox"/> 郵送