|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| おむつ代の医療費控除にかかる確認書  　　三芳町長　　宛  確定申告に使用するので主治医意見書のうち　　　　年に使用したおむつ代の医療  費控除の証明（2年目以降）に必要な事項について確認願います。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | 申請日 | 年　　月　　日 | |  |
| 申請者氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | 続柄 |  | |
| 申請者住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 |
| 性別 | | |  |
| 住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 町確認欄   |  | | --- | | 申請者確認  前年　おむつ使用証明書確認 |   ※申請者の身分を確認できる書類の提示をお願いします。  　※前年の確定申告で使用した「おむつ使用証明書」の写しをお持ち下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |