|  |
| --- |
| 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。 |