

おむつ代医療費控除証明申請書

令和 年 月 日

丹波市長 様

(申請者)

郵便番号
住 所
氏 名
電話番号

確定申告に使用するので、下記の者について、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に必要な事項について、確認願います。

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

被 保 険 者	被保険者番 号			
	フリガナ		生年月日	年 月 日生
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所	〒		