

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書の内容確認申請書

東かがわ市長 上村 一郎 様

令和 年 月 日

申請者（窓口に来られた方）

住所

氏名

本人との関係

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、確認願います。

被保険者

住所

氏名

被保険者番号

※ 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

被保険者同意欄

※申請者が、被保険者本人又は同一世帯者でない場合は記入してください。

私は、東かがわ市が保有する私に係るおむつ代の控除に必要な個人情報について、市が上記申請者に提供することに同意します。

被保険者氏名