

[ここに入力]

記入例

[ここに入力]

令和〇〇年 〇月〇〇日

木津川市長 宛て

おむつ代の医療費控除にかかる主治医意見書の内容確認申請書

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和〇〇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。

(申請者)

ふりがな	きづがわ はなこ
氏 名	木津川 花子
住 所	〒619-0286 木津川市木津南垣外 110-9 電話番号 123-4567-8910
被保険者との続柄	長女

(対象者)

被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
ふりがな	きづがわ たろう								□申請者に同じ	
氏 名	木津川 太郎								□申請者に同じ	
生年月日	昭和 3 年 4 月 5 日									
住 所	〒619－0286								□申請者に同じ	
	木津川市木津南垣外 110-9									
	電話番号 9 8 7－6 5 4 3－2 1 0 9									

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