

令和 年 月 日

主治医意見書内容確認書交付申請書

横芝光町長 様

申請者 住 所 _____
 ふ り が な
 氏 名 _____
 電 話 番 号 _____
 被保険者との関係 ☐ 本人 ☐ その他 ()

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 _____
 ふ り が な
 氏 名 _____
 生 年 月 日 大・昭 年 月 日
 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