

(様式第1号)

おむつ代の医療費控除事項証明申請書

年 月 日

糸満市長 殿

(申請者) 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
続柄 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

確定申告に使用するので、下記対象者の主治医意見書のうち、おむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、内容を確認した証明書を交付するよう申請します。  
なお、おむつ代についての医療費控除を受けるのは2年目以降である。

対 象 者	住 所	糸満市		
	氏 名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日	被保険者番号	
申 請 理 由		年に使用したおむつ代の医療費控除に使用するため		

-----

上記の申請について別紙のとおり証明する

課長	係長	係