

(様式第1)

おむつ代の医療費控除事項証明書

令和 年 月 日

糸満市長 殿

(申請者)住所

氏名

続柄 ()

電話 ()

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。

対 象 者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	明・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		1年目 ・ 2年目以降		
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