

おむつに関する主治医意見書記載事項確認申請書

令和_____年_____月_____日

碧南市長 殿

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
(被保険者との続柄 _____)
電話番号 (_____) _____

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。

※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	被保険者番号	
	住 所	
	氏 名	
	生年月日	大・昭 年 月 日

※窓口記入欄

本 人 確 認 書 類	1 点 (ア)	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 在留カード ☐ 障害者手帳 ☐ その他 () 番号 ()
	2 点 (イ)	☐ 健康保険証 ☐ 年金手帳・年金証書 ☐ 介護保険証 ☐ その他 () 番号 ()
	2 点 (ウ)	☐ キャッシュカード ☐ クレジットカード ☐ 社員証 ☐ 預金通帳 ☐ 診察券 ☐ その他 () 番号 ()

※顔写真のある公共団体が発行した証明書は 1 枚（ア）、顔写真のないものは（イ）から 2 枚、もしくは（イ）・（ウ）から 1 枚ずつを確認すること。

補佐・係長	係	受付