令和 年 月 日

浅口市長 様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和 年 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

1. 申請者（窓口に来た人）

ふりがな		本人との続柄	
氏名			
住所	電話番号() -		
本人確認	☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 健康保険証 ☐ 介護保険証 ☐ その他 ()		

2. 被保険者

被保険者番号		生年月日	大・昭 年 月 日
ふりがな		□被保険者死亡 (死亡している場合は☑してください。)	
氏名			
住所			

3. 同意書 ※申請者（窓口に来た人）が本人以外の場合

私は、1.申請者（窓口に来た人）がおむつ代の医療費控除証明書の交付申請及び受け取りについて同意します。

※本人が署名困難な場合、同意を得たうえで代筆することができます。

氏名（被保険者）

氏名（代筆者） 続柄 ()