

様式第 1 号

おむつ代に係る医療費控除確認書交付申請書

年 月 日

(あて先)
千葉市 区長

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、 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。

被保険者番号					
被保険者氏名	(署名または記名押印)	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日		
住 所		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		

代理人による申請の場合は、代理人氏名	(署名または記名押印)	本人との関係	
代理人住所			

以下、申請者（被保険者本人又は代理人）の連絡先を記載してください。

電話番号	電子メールアドレス
	@