様式第1号(第3条関係)

おむつ代に係る医療費控除確認書交付申請書

年　　月　　日

　つくばみらい市長　　　　様

　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(2年目以降)に必要な事項について、確認願います。

1　申請者

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 電話番号　　　(　　) |
| 本人との関係 |  |

2　被保険者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 住所 |  | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男・女 |

3　同意書　(※申請者と被保険者が異なる場合には、記名押印してください。)

|  |
| --- |
| 私は、申請者に記載された者がおむつ代に係る医療費控除確認書の交付を申請し、受け取ることに同意します。  氏名(被保険者)　　　　　　　　　　　　　印 |

4　申出書

|  |
| --- |
| おむつ代に係る医療費控除確認書の交付を受けるに当たり、前年の確定申告書の写し等を提示できませんので、おむつ代に係る医療費控除を受けるのが2年目以降であることに相違がないことを申し出ます。  氏名(被保険者)　　　　　　　　　　　　　印 |