

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書の内容確認申請書

年 月 日

榛東村長 様

申請者 \_\_\_\_\_

住 所 榛東村大字 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

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、確認をお願いします。

なお、おむつ代の医療費控除を受けるのが2年目以降であることに誤りがないことを申し添えます。

被 保 険 者	番号		性別	男・女
	氏名		生年 月日	年 月 日生
	住所	榛東村		
被保険者 との関係	(1) 本人 (2) 家族(続柄 _____) (3) 法定代理人			

〔被保険者同意欄〕申請者が被保険者で無い場合記入して下さい。

私は、榛東村が保有する私の個人情報を上記申請者に提供する事に同意します。

被保険者 氏名 \_\_\_\_\_