

(令和6年以降分)

年 月 日

おむつ代に係る医療費控除のための主治医意見書内容確認申請書

加西市長 様

申請者 住 所
氏 名
被保険者との関係

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 住 所
氏 名
被保険者番号

※ 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

※申請者が被保険者本人でない場合に、記入してください。

私は、加西市が保有する私の個人情報を、上記の申請者に提出することに同意します。

被保険者氏名 _____