

受付番号 _____

「おむつ代の医療費控除証明に係る主治医意見書の内容確認書」交付申請書

平成 年 月 日

(宛先) 春日井市長

確定申告に使用するため主治医意見書のうち、平成 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。なお、おむつ代を医療費控除に申告するのは2年目以降であることに間違いありません。

申請者	住所	〒		
	フリガナ氏名		続柄	
	TEL			

対象者	住所	〒		
	フリガナ氏名			
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
	被保険者番号			

※ 要介護認定結果、調査票及び意見書の閲覧に同意します。

(対象者氏名) _____ 印