

様式第 2 号(第 4 条関係)

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書の記載内容確認申請書

阿蘇市長 様

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名 ( 自 署 )		対 象 者 との 関 係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 納税者
申請者住所	〒  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、確認願います。

なお、主治医意見書の記載の転記について、市長が主治医意見書から必要な事項を確認することに同意します。また、おむつ代について医療費控除を受けるのが2年目以降であることに相違ありません。

対 象 者	被保険者番号	
	氏 名	
	住 所	

※申請者氏名を代筆した場合は、以下に記入してください。

代筆者氏名： 本人との続柄

住所：

代筆の理由：