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 | □本人　□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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 被保険者番号 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |

おむつ代の医療費控除を受ける年数(該当するものに〇)

１年目　　　　２年目以降

|  |  |
| --- | --- |
|  | ※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： |