

羽曳野市長 様

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。

申請者	氏名						被保険者 との関係	
	住所	〒						
	電話番号							
被保険者	被保険者番号						性 別	男 ・ 女
	氏名							
	住所	〒						
	生年月日	年 月 日						
	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	

私は申請者を代理人と定め、おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書内容確認の申請及びおむつ代医療費控除の証明書受領に関する一切の権限を委任します。

(※) 被保険者（本人）が手書きしない場合は、記名押印してください。

(市記入欄) 証明書の発行 : 可 ・ 不可