年　　月　　日

（あて先）桐　生　市　長

申請者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（被保険者との続柄　　）

おむつに係る費用の医療費控除の確認願

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。

| | | |
|---|---|---|
| 被　保　険　者　番　号 | | |
| 被　保　険　者　氏　名 | | |
| 生 年 月 日 ・ 性 別 | 明治・大正・昭和<br>年　　月　　日 | 男　・　女 |