　　　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  　　　　年　　　月　　　日 | 男　・　女 |