

# おむつ代の医療費控除における主治医意見書確認申請書

年 月 日

柳川市長様

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（2年目以降）に必要な事項について、確認願います。

また、下記の申請者が、下記の対象者の主治医意見書の内容を確認した書類に関する「おむつ代の医療費控除の証明」に係わる証明書の請求・受領等の行為をなすことを承諾します。

対象者住所 柳川市 \_\_\_\_\_

対象者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

被保険者番号 \_\_\_\_\_

申請者住所 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

続柄 ( )