

(第 1 号様式)

おむつ代医療費控除に係る主治医意見書記載内容確認書交付申請書

年 月 日

二宮町長

申請者 住所\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_

電話番号\_\_\_\_\_

対象者との関係\_\_\_\_\_

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、二宮町が、要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認することに同意します。

|     |            |  |      |       |
|-----|------------|--|------|-------|
| 対象者 | 被保険者<br>番号 |  |      |       |
|     | 住 所        |  |      |       |
|     | フリガナ       |  | 生年月日 | 年 月 日 |
|     | 氏 名        |  |      |       |