

おむつ代の医療費控除の証明に必要な事項確認申請書

年 月 日

三春町長 様

申請者 住所：
氏名：
本人との関係：

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。

介護保険者 被保険者	氏 名		性 別	
	住 所			
	生 年 月 日			
	被 保 険 者 番 号			
おむつ代の医療費控除を受ける年数	1 年目	2 年目以降		

同 意 書

私は、三春町が保有する私の個人情報を上記の申請に際し、主治医意見書から必要な事項を確認することに同意します。

被保険者氏名 _____