令和　　　年　　月　　日

**おむつ使用証明願**

鞍手町長　岡崎　邦博　様

　確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、**令和　　　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。

住所

氏名

被保険者番号

おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに○）

　　　１年目　　　　２年目以降

【確認書送付先】

□被保険者　　　□申請代理人

□上記以外

（住所　〒　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　電話　　　　　　　　）

＜処理欄＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 　　　　年　　月　　日 | ＜本人確認書類等＞□運転免許証　□介護被保険者証　□年金手帳□健康保険証　□母子健康手帳　　□外国人登録証□納税通知書　□パスポート　　　□税金等領収書□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 交付年月日 | 　　　　年　　月　　日 |