

様式第1号（第3条関係）

医療費控除に係る「主治医意見書確認書」交付申請書

年 月 日

（宛先）湖西市長

申請者 住 所
氏 名
T E L
対象者との続柄

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、確認を願います。

記

対象者	被保険者番号			
	住 所	TEL		
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日		
	初回医療費控除証明記載医			
	初回医療費控除証明利用年	年医療費控除		

※ 上記申請に当たっては、介護保険要件確認に使用した私の介護保険等の情報を調査することに同意します。

本人署名_____)
(代筆)
(対象者死亡の場合：申請者署名_____)