

様式第 1 号（第 3 条関係）

おむつ代の医療費控除事項証明申請書

年 月 日

石 垣 市 長 様

（申請者）住所 _____

氏名 _____

続柄（ ）

電話（ ）

確定申告に使用するので、下記対象者の主治医意見書のうち、おむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、内容を確認した証明書を交付するよう申請します。

対 象 者	住 所	石垣市		
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	被保険者番号	
申請理由		年に使用したおむつ代の医療費控除に使用するため		
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（初めての申請） 2 年目以降（昨年主治医から証明書の発行を受けた方、又は昨年石垣市から証明書の発行を受けた方）		

上記の申請について別紙のとおり証明する

課 長	補 佐	係 長	係