受付番号		担当者印	

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書内容確認申請書

令和　　年　　月　　日

伊丹市長　様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和　　年中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。

※ おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに〇）　　１年目　　２年目以降

申請者	氏　名	※本人が自署しない場合は、記名押印してください	被保険者との関係		
	住　所	〒		本人確認書類	□個人番号カード □運転免許証 □健康保険証 □その他の公的証明書 （　　） （　　）
	電話番号	―　　―			

被保険者	フリガナ		被保険者番号	0	0	0	0						
	氏　名		生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日									
	住　所												