

# おむつ使用確認申出書

年 月 日

一関市福祉事務所長 様

申請者 住 所 (〒 - )

氏 名

電 話 番 号

対象者との関係

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（2年目以降）に必要な事項について確認願います。

対 象 者	住所	性別 男 ・ 女
	氏名	生年月日 年 月 日
	被保険者番号	
申 請 理 由	_____年分の確定申告に使用するため	

注 申請者と対象者の必要事項を記入すること。