様式第２号（第３条)

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書の内容確認申請書

　　年　　月　　日

君　津　市　長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

申請者　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　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、確認をお願いします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 性　別 |  |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日生 |
| 住　所 |  |  |  |
| 被保険者本人との関　　　　　　係 | （１）被保険者本人（２）家族（続柄　　　　　　　　　　　　）（３）法定代理人 |

【被保険者同意欄】　申請者が被保険者本人でない場合に、記入してください。

私は、君津市が保有する私の個人情報を、上記の申請者に提供することに同意

します。

被保険者氏名　　　　　　　　　　　　㊞