

様式第 1 号（第 3 条関係）

年 月 日

おむつに係る主治医意見書確認書交付申請書

日南市長 様

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（1 年目・2 年目以降 該当するものに○）に必要な事項について、確認書の交付をお願いします。

申請者	氏 名		被保険者との関係	
	住 所	電話番号		

被保険者	被保険者番号		性 別	
	氏 名		生年月日	
	住 所	電話番号		

被保険者同意欄	
私は、日南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	
代筆者・代理人氏名	
(被保険者との関係)	

確認書等の郵送先（希望される番号に○をしてください。）	
1	被保険者の住所地
2	申請者の住所地
3	その他・・・住所 〒 氏名

※令和 6 年以降の年分の確定申告より、おむつ代の医療費控除が 1 年目の人から主治医意見書確認書を使用できることとなりました。それ以前の年分の確定申告については、1 年目の方は「おむつ使用証明書」が必要となります。