

おむつ代医療費控除にかかる主治医意見書の内容確認申出書

令和 年 月 日

(あて先) 大 阪 市 長

確定申告に使用するので、下記の被保険者の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に必要な事項について、確認願います。

なお、必要な事項を確認した書類の交付を受けた際は、下記の遵守事項を守ることを約します。

申請者	氏 名		本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 ()
	住 所 (所在地)		電話番号	()

被保険者	住 所		電話番号	()
	氏 名		被保険者番号	
	※ おむつ代の医療費控除を受ける年数		1年目	2年目以降 (該当するものに○)

【本人証明欄】

私は、上記の申請者が私の親族であることを証明するとともに、大阪市が保有する私の主治医意見書の情報について、必要な事項を確認した書類を申請者に交付することに同意します。

本人氏名

遵守事項

- 私は、交付された書類及び書類に記された情報を確定申告の添付資料以外の目的に使用しません。
- 私は、交付された書類を、確定申告の添付資料以外の目的で複写し、または複製しません。
- 私は、大阪市から、交付された書類の提示、提出又は返還を求められたときは、いつでもこれに応じます。

※上記の遵守事項に違反した場合は、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した書類の交付を、今後受けられなくなる場合があります。