様式第1号（第4条関係）

おむつに係る費用の医療費控除確認書交付申請書

年　　月　　日

　　多気町長　　　様

　所得税の確定申告及び住民税の申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和　　　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。

　対象者（要介護認定を受けた方）

　　　住所：多気町

　　　氏名：

　　　生年月日：　M・T・S　　　　　年 月 日

　　　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

申請者　　住所：

氏名：

（対象者との関係： ）

電話番号：