

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
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：