

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

申告しようとしている所得の「年分」をご記入ください。

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 6 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 相可1600

氏名：多 気 太 郎

生年月日：M・T・S 10 年 1 月 1 日

被保険者番号：3912345678

おむつ代の医療費控除を受ける年数：
1 年目 ・ 2 年目以降

おむつを使用している方
をご記入ください。

申請者 住所：多気町朝柄3127

氏名：勢和 花子
(対象者との関係：長女)

電話番号：0598-49-4511

窓口にお越しいただく方をご
記入ください。
※申告する方ではありません