

おむつ代の医療費控除に係る介護保険主治医意見書必要事項の確認申出書

年 月 日

(宛先) 箕面市長

(申請者) 住 所 : _____

氏 名 : _____

対象者との続柄 : _____

電 話 : _____ (_____) _____

確定申告に使用しますので、下記被保険者が令和_____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、介護保険主治医意見書の内容を確認願います。

被 保 険 者	フリガナ ----- 被保険者 氏 名	生年月日	大正・昭和	年	月	日
	住 所	〒 _____ 箕面市 電話 _____				

※ おむつ代の医療費控除を受ける年数 (該当するものに○)

1 年目 2 年目以降