

< 記 入 例 >

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

申請書あてに結果を送付しますので、
ご本人やご家族等、税の申告をする立
場のかたの情報をご記入ください。

令和7年 2月 10日

(宛先) 箕面市長

(申請者) 住 所: 562-0014 箕面市萱野5-8-1

氏 名: 箕面 太郎

対象者との続柄: 長男

電 話: 072-727-9559

対象年をご記入ください。
過去5年分まで確認できますが、
申出書は1年分につき1枚必要です。

確定申告に使用しますので、下記被保険者が令和 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、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 ミノオ ハナコ		生年月日	大正 ●昭和 2年 2月 1日			
	被保険者 氏 名 箕面 花子						
	住 所	〒 562 — 0014 箕面市萱野 5－8－1			電話 072－727－9559		

※ 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

要支援・要介護認定を受けているかたの
情報をご記入ください。

過去におむつ代の医療費控除を受けていない
場合は1年目、受けたことがある場合は2年目
以降に○をつけてください。