

(第1号様式)

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書記載内容確認書交付申請書

年 月 日

小 田 原 市 長 様

確定申告に使用するため、次の対象者に係る主治医意見書のうち、_____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。

申請者 住 所
氏 名
電話番号
対象者との関係

対象者

フリガナ		生 年月日	年 月 日
氏 名			
住 所			
被保険者番号			

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 ☐
--------------------------------	------------------------------------

「おむつに係る費用の医療費控除」の認定にあたり、介護保険認定審査会資料及び主治医意見書を認定資料として使用することに同意します。

対象者名 _____