

令和 年 月 日

香南市長 様

(申請者)

〒

住所

氏名

電話

おむつ代の医療費控除証明確認申請書

確定申告時に下記の者にかかるおむつ代の医療費控除を受けたく、介護保険制度における主治医意見書のうち、当該年度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、確認をお願いします。

記

対象者 (本人)	住所		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	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				