令和　　年　　月　　日

　香南市長　様

 　 （申請者）

 　 住所

 　 氏名 印

 　 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（２年目以降）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 |  |