　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | |  | | |