

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			