

年 月 日

木津川市長 宛て

おむつ代の医療費控除にかかる主治医意見書の内容確認申請書

確定申告に使用するので、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)

ふりがな										
氏名										
住所	〒	—								
	電話番号 — —									
被保険者との続柄										

(対象者)

介護保険被保険者番号										
ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ									
氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ									
生年月日	年 月 日									
住所	〒	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ								
	電話番号 — —									

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