

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	〒 ー  電話番号 ー ー
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	〒 ー  電話番号 ー ー <input type="checkbox"/> 申請者に同じ

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