

年 月 日

木津川市長 宛て

おむつ代の医療費控除（2年目以降）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（2年目以降）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	□申請者に同じ
氏 名	□申請者に同じ
生年月日	年 月 日
住 所	〒 — □申請者に同じ  電話番号 — —