おむつ代医療費控除に係る確認申請書

年 　　月　 　日

高岡市長　あて

（申請者）

 　　〒　　　 -

　　　住所

　　氏名

 　　電話番号

　確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和　　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。

（対象者）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 | □申請者と同じ | 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 | □申請者と同じ高岡市 |
| ・おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに〇）　１年目　　　　　２年目以降 |