

医療費控除(おむつ代にかかる)添付用主治医意見書確認申請書

令和 年 月 日

(あて先) 小牧市長

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、次のとおり確認申請します。

被 保 険 者	介護保険被保険者番号(対象者)										
	氏 名		生年月日	明治 年 月 日 大正 昭和							
	住 所	〒 — 電話番号 — —									

申 請 者	氏 名		本人との 関 係	
	住 所	〒 — 電話番号 — —		

※おむつ代の医療費控除を受ける年数

1 年目 2 年目以降

※おむつ代について医療費控除を受ける要介護（支援）認定者で、その認定にかかる主治医意見書の内容を確認し、認められた方には後日確認通知書を送付します。なお、主治医意見書で所定の要件を満たしていない場合は、医師の発行する「おむつ使用証明書」を使用していただきます。

医療費控除(おむつ代にかかる)添付用主治医意見書確認申請書

令和XX年 XX月 XX日

(あて先) 小牧市長

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和〇〇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、次のとおり確認申請します。

被 保 険 者	介護保険被保険者番号(対象者)		0	0	1	0	×	×	×	×	×	×
	氏 名	〇〇 〇〇	生年月日		明治 大正 XX年 X月 XX日 昭和							
	住 所	〒XXX-XXXX 小牧市〇〇・・・ 電話番号 XXXX-XX-XXXX										

申 請 者	氏 名	〇〇 △△	本人との 関 係	長男 など
	住 所	〒XXX-XXXX 小牧市〇〇・・・ 電話番号 XXXX-XX-XXXX		

※おむつ代の医療費控除を受ける年数

1年目

2年目以降