年　　月　　日

京丹波町長　　様

おむつ代に係る医療費控除確認書交付申請書

（申請者）住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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。

記

<table>
<tr><td rowspan="4">被保険者</td><td colspan="2">被保険者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="4"></td><td>性　　別</td><td colspan="5">男　・　女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="10">年　　月　　日</td></tr>
</table>

私の介護保険要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認することに同意します。

（被保険者）

氏名　　㊞