

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に必要な事項について、確認願います。

記

被 保 険 者	被保険者番号												
	住 所												
	氏 名							性 別	男 ・ 女				
	生年月日	年 月 日											
おむつ代の医療費控除を受ける年数 (該当するものに○をつけてください)		1 年目			2 年目以降								

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

