

おむつ代医療費控除確認申請書

令和 年 月 日

指宿市長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____

被保険者との続柄 _____

連絡先 _____

確定申告に使用するので、主治意見書のうち、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。

1 対象者

(1) 住所 _____

(2) 氏名 _____

(3) 被保険者番号 _____

2 おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに○）

1 年目 2 年目以降