おむつ使用の確認申請書

令和　　年　　月　　日

長岡市長　　様

〒　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　申請者　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　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　（介護保険被保険者番号）

　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　大・昭　　　年　　　月　　　日

※　おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに〇）

　　１年目　　　２年目以降