

# 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○)

1年目      2年目以降