

おむつに係る費用の医療費控除（おむつ使用確認書）交付申出書

医療費控除の申告に関する証明書交付申請書

年 月 日

川西町長 様

申出者

申請者

住 所

〒

氏 名

被保険者との関係 本人・その他（ ）

電話番号

介護保険被保険者番号

本人氏名

生年月日

確定申告に使用しますので、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。

※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