

おむつ代の医療費控除に関する確認願

年 月 日

(あて先)
葛城市長

確定申告に使用するのので、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。

申請者 (対象者)	住 所	葛城市		
	ふりがな 氏 名		生 年 月 日	明治・大正 昭和 年 月 日
	被保険者 番号		要介護 認定	・要支援____・要介護____ 有効期間： 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○）

（ ） 1 年目（前年におむつ代の医療費控除を受けていない）

※令和5年分以前の申告については対象外です。

（ ） 2 年目以降（前年におむつ代の医療費控除を受けている）

代理人（来庁者） 住 所 氏 名 (対象者との続柄) 電 話 () ※来庁者の本人確認書類の写しを添付してください。
--

【送付先の確認】 希望する送付先に○

（ ） 申請者（対象者） （ ） 代理人（来庁者）