おむつ代に係る医療費控除確認書の交付申請書

令和　　　年　　月　　日

日向市長　　　　　　　　　　　様

（申請者・受任者）

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所（送付先） | 〒 |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 続　柄 |  |
| 問合せ先電話番号 |  |

 　確定申告に使用するので、介護保険の要介護認定の際に作成している主治医意見書のうち、下記のおむつを使用した年におけるおむつ代の医療費控除の証明に必要な書類について、確認願います。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　日 |
|  |  |  |
| おむつ代の医療費控除を受ける年数 | 1年目　　・　　２年目以降 |
|  |  |  |
| おむつを使用した年 | 年 |

※申請者が被保険者本人以外の場合

私は、おむつ代に係る費用の医療費控除確認書の交付手続きについて上記の者に委任します。

被保険者氏名

代筆