

記入例

おむつ代医療費控除に係る介護保険主治医意見書内容確認申込書

令和 〇 年 〇 月 〇 日

(あて先) 小松市長

申請者:対象者ご本人やご家族など税申告(確定申告・市県民税申告)をする方です。確認書は後日、申請者に送付します。

(申請者)

住 所	〒923-8650 小松市小馬出町91番地
氏 名	小松 太郎
続 柄	子
電 話 番 号	0761-00-0000

「市で要件を確認できなかった場合」などにお電話で連絡しますので、なるべく日中繋がりやすい電話番号の記入をお願いします。

対象者:「小松市介護保険の被保険者」で、「要介護認定を受けており」、「医療費控除として申告するためのおむつを使用している」方です。

確定申告に使用するため、要介護認定主治医意見書のうち、令和〇 年 に使用したおむつ代医療費控除の証明 ます。

申請者欄で記入されたものと同じであれば「同上」も可能です。

(対象者)

住 所	〒923-0921 小松市土居原町710番地									
氏 名	小松 花子					生年月日		昭和10年 1月 1日		
介護保険被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
おむつ代の医療費控除を受ける年数 (該当する□に☑をつけてください)	☒ 1年目 ☐ 2年目以降									

おむつを使用した年をご記入ください。

おむつの使用代を医療費控除として申告するのが初めての方は、□1年目に☑を、それ以外の方は□2年目以降に☑をつけてください。