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

　　年　　月　　日

（あて先）小松市長

（申請者）

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒 |
| 氏名 |  |
| 続柄 |  |
| 電話番号 |  |

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、　　　　　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 |  | 生年月日 | 年 　月　 日 |
| 介護保険被保険者番号 |  　  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |