

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)	<input type="checkbox"/> 1年目 <input type="checkbox"/> 2年目以降										