

令和 年 月 日

大鰐町長 殿

申出者 住所 _____

氏名 _____

電話 _____ - _____

対象者 介護保険被保険者番号 _____

住所 _____

氏名 _____

おむつ代の医療費控除の証明に係る確認依頼申出書

確定申告に使用するため、主治医意見書のうち、令和 _____ 年に使用したおむつ代の医療費控除の証明（2年目以降）に必要な事項について、確認願います。

< 記入例 >

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

大鰐町長 殿

申出者 住所 大鰐町大字〇〇字〇〇△△番地□

氏名 〇〇 〇〇

電話 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

対象者 介護保険被保険者番号 0123456789

住所 ※申出者と同じ場合「同上」可

氏名 △△ △△

おむつ代の医療費控除の証明に係る確認依頼申出書

確定申告に使用するため、主治医意見書のうち、令和 〇〇 年に使用したおむつ代の医療費控除の証明（2年目以降）に必要な事項について、確認願います。