

年 月 日

新富町長 殿

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

対象者との続柄()

おむつ代に係る医療費控除確認書交付申出書

所得税の確定申告に使用するため、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記載事項のうち、_____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、確認を依頼します。

1 おむつ代の医療費控除を受ける年数(該当するものに☑)

☐ 1年目 ☐ 2年目以降

2 対象者

被 保 険 者 番 号		要 介 護 度
氏 名		
生年月日（年齢）		
住 所		
備 考		

※事務局処理欄（ここから下は記入しないでください。）

確認書受取り方法	☐ 郵送（切手受取 済 ・ 未 ）
	☐ 後日受取（ 月 日 ）

別紙のとおり、確認書を発行してよろしいか。

決	総務課長	課 長	課長補佐	係 長	課 員
裁					