

年 月 日

おむつ代に係る医療費控除のための主治医意見書内容確認申請書

小野市長 様

確定申告に使用するので、介護保険法に基づく要介護認定に係る主治医意見書のうち、 年を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。

申請者

住所 _____

氏名 _____ (続柄)

電話() — _____

利用者

住所 _____

氏名 _____

生年月日 T・S . . . _____

※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

確 約 書

小野市長 様

おむつ代に係る医療費控除確認書の交付を申請するにあたり、おむつ代の控除を受ける年数に誤りがないことを確約します。

年 月 日

申請者

住所 _____

氏名 _____