

おむつ代にかかる医療費控除確認交付申出書

令和 年 月 日

玉名市長 様

申出者	〒
住 所	
氏 名	
対象者との関係	
電 話	
対象者	
氏 名	
生 年 月 日	T ・ S . .
被保険者番号	
住 所	☐ 申出者と同じ住所

確定申告に使用するため、主治医意見書の記載内容から令和 年に使用したおむつ代が医療費控除の対象となる証明に必要な事項について確認願います。

※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

送付先の確認

☐申出者 ☐対象者

☐その他: 住所 〒 -
氏名

※担当課処理欄

主治医意見書印刷 ☐ 【 寝たきり度: ☐B1 ☐B2 ☐C1 ☐C2 失禁へのチェック ☐ 】
医療費控除を受ける年数 ☐1年目 ☐2年目以降