

令和 年 月 日

高浜市福祉事務所長 殿

確定申告に使用するので、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に必要な事項について、確認願います。

《申出人・確認が必要な方》

住 所 高浜市 町 丁目 番地

氏 名

被保険者番号

証明書の必要な期間 令和 年 月～

※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

※ 家族（親族）等、代理で確認願いを提出される方

住 所

氏 名

関 係

連絡先 Tel

申告は2年目以降	介護認定の有無	カルテ確認（意見書）	確定申告者名
	有・無		