

おむつ代に係る医療費控除確認申出書

令和 年 月 日

小林市長 様

申請者

住所 _____

氏名 _____

連絡先 _____

対象者

住所 _____

氏名 _____

被保険者番号 _____

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、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。

※ 対象年 令和 年分

※ 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