

様式第 1 号(第 3 条関係)

年 月 日

琴浦町長 様

申請者 住 所
氏 名
対象者との関係()
電 話

おむつに係る費用の医療費控除確認書交付申請書

確定申告に使用するので、下記の者の主治医意見書のうち、 年に使用したおむつに係る費用の医療費控除の証明に必要な事項について、確認をお願いします。

1 対象者(被保険者)

対象者 (被保険者)	被保険者番号													性別	男・女
	住 所														
	氏 名														
	生 年 月 日														

2 おむつに係る費用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)

3 申出書(上記 2 が 2 年目以降の場合)
(前年の確定申告書、おむつ使用証明書又は確認書の写しを提示できない場合)

おむつに係る費用の医療費控除確認書の交付を受けるにあたり、前年の確定申告書、おむつ使用証明書又は確認書の写しを提示できませんので、おむつに係る費用の医療費控除を受けるのが 2 年目以降であることに相違がないことを申し出ます。

①対象者氏名(自署)
②自署困難なため①を代筆 代筆者氏名 続柄()

※ 対象者が自署困難な場合は、本人に説明し同意を得た上で代筆して下さい。