

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（2 年目以降）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 申出書

（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。