

別紙1

おむつ使用確認申請書

年 月 日

鎌ヶ谷市長 様

住所  
申請者 氏名  
続柄

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下記の者の確認を願います。

記

住 所  
氏 名  
被保険者番号

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

おむつ使用確認書交付に際し 年分医療費控除（課税）の状況を確認することについて同意します。

対象者氏名  
※対象者本人が記入できないため、(代筆 ) (続柄 )