

おむつ代に係る医療費控除確認書交付申請書

令和〇年 〇月 〇日

茨城町長 あて

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち 令和〇 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、確認書の交付を申請します。

認定者本人の住所・氏名・被保険者番号・連絡先を記入

申請者

住所 茨城町大字小堤1080番地

氏名 茨城 県都

被保険者番号 000012345

電話番号 〇〇〇-××××-△△△△

代理人には「確定申告をする者」の住所・氏名・連絡先を記入

代理人による申請の場合

住所 茨城町大字小堤1080番地

氏名 茨城 道子

電話番号 〇〇〇-××××-△△△△

おむつ代の医療費控除をうける年数 1年目 2年目以降

申請が初めての方は1年目に○

それ以外は2年目以降に○