

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○