

# おむつ代に係る医療費控除確認書交付申請書

令和 年 月 日

朝霞市長 宛

申請者 住所 \_\_\_\_\_

(被保険者) 氏名 \_\_\_\_\_

被保険者番号 \_\_\_\_\_

代筆者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

申請者との関係 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

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、確認願います。

※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