

# 記載例

おむつ代に係る医療費控除確認書交付申出書

令和 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日

柏市長 様

申出者 住所 柏市○○○1-2-4  
氏名 柏 花子  
電話 04-○○○○-○○○○

健康保険者番号 ○○○○○○○○○○○○○○  
本人氏名 柏 太郎

控除を受ける年を  
ご記入ください。

確定申告に使用するため、主治医意見書の記載内容から  
令和○年に使用したおむつ代が、医療費控除の対象となる  
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

控除を受けるのが何年目であるか  
○をご記入ください。