

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-○○○○-○○○○

介護保険被保険者番号 ○○○○○○○○○○○
本人氏名 柏 太郎

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、2年目以降の医療費控除
の対象となる証明に必要な事項について確認願います。

**控除を受ける年を
ご記入ください。**