

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
氏名
電話

介護保険被保険者番号
本人氏名

確定申告に使用するため、主治医意見書の記載内容から
_____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