

様式第1号（第3条関係）

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書確認書交付申請書

令和 年 月 日

小川町長 あて

申請者 住所

氏名

（対象者との続柄 ）

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、確認書の交付を申請します。

記

対象者	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
おむつ代の医療費控除を受ける年数			1年目 ・ 2年目以降 (該当するものに○)	

私は、おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書確認のために、町が介護保険等の情報を確認することに同意します。

（対象者氏名）