

# 記入例

第1号様式（第4条関係）

令和◇年 ◇月 ◇日

## おむつ代医療費控除証明書申請書兼確認同意書

海老名市長 様

※証明書は申請者宛に送付します。

申請者住所 海老名市勝瀬175-1

氏名 海老名 花子

被保険者との関係 子

電話番号 046-123-456

確定申告に使用するので、主治医意見書の記載内容から、下記のおむつを使用した年における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。

なお、海老名市が対象者の要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認することに同意します。

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
	住所	海老名市中新田●-●-●									
	氏名	海老名 太郎									
	生年月日	昭和△年			△月			△日			

おむつを使用した年	令和6年
-----------	------

※令和5年以前で1年目の証明は、医療機関での証明が必要です。

おむつ代の医療費控除を受ける年数	1年目 ・ 2年目以降
------------------	-------------