

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

申 請 者 住 所

氏 名

被保険者との関係

電話番号

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										
	住 所										
	氏 名										
	生年月日	年 月 日									

おむつを使用した年	年
-----------	---

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