年　　月　　日

府　中　市　長

おむつ代の医療費控除に関する確認について

このことについて、＿＿＿年分の確定申告に使用するため、介護保険主治医意見書のうち、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。

１　被保険者（証明が必要な方）

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　被保険者番号＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２　申 請 者（ １ と異なる場合に記入）

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　被保険者との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

３　おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに〇）

１年目　・　２年目以降

※１年目の申請は、令和７年度（６年分）以降の年分を申告する場合に限ります。