

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（2年  
目以降）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 \_\_\_\_\_