

(様式第1号)

年 月 日

おむつ代医療費控除に係る介護保険主治医意見書内容確認申込書

豊中市長あて

(申請者)

住所

名前

対象者との続柄 ()

電話番号

確定申告に使用するため、介護保険主治医意見書のうち、_____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きまして、確認願います。

記

(対象者)

介護保険 被保険者番号	100_____
住 所	
名 前	
生年月日	明・大・昭 年 月 日

*おむつ代医療費控除を受ける年数 (該当するものに○)

() 1年目

() 2年目以降