

(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（2年目以降）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	性別	男 ・ 女