

おむつに係る費用の医療費控除の申告に関する確認書の交付申請書

年 月 日

松戸市長

申請者	住所	〒
	氏名	
	被保険者との関係	
	問い合わせ先電話番号	※日中連絡のとれる電話(携帯)をお書きください

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和 年を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いて、確認願います。

被保険者	被保険者番号											
	氏名											
	住所											
	生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日							

おむつ代の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
--------------------------------	-------------

※ なお、令和5年分以前の申告をされる場合は、2年目以降の方のみ申請ができます。

(受付: )