

# 記入例

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

松戸市長

年 月 日

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: )

申請される日を記入してください。

申請者の情報を記入してください。

- ・住所(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郵送先となります)
- ・氏名
- ・対象者との関係(妻、子、成年後見人等)

申告に使用される年を記入してください。

被保険者の情報を記入してください。

- ・被保険者番号は「介護保険被保険者証」の番号欄に書いてあります。

控除を受けるのが何年目であるか記入してください(1年目又は2年目以降)。

※確定申告の詳細についてはお近くの税務署へお問い合わせください。