

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

令和4年 1 月 1 日

松戸市長

申請者	住所	〒271-8588 松戸市根本387-5
	氏名	松戸 太郎
	被保険者との関係	子
	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 047-366-7370

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平成(令和)3年に使用したおむつ代の医療費控除の証明(2年目以降)に必要な事項について、確認願います。

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
	氏名	松戸 花子
	住所	〒271-8588 松戸市根本387-5
	生年月日	明治・大正(昭和) 18 年 4 月 1 日

おむつに関する医療費控除を、平成(令和)2年分に、医師の証明する「おむつ使用証明書」を添えて申告していることを申し立てます。

被保険者氏名	松戸 花子		
代筆者氏名	松戸 太郎	被保険者との関係	子

(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)

必要な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。

過去に申告された年を記入してください。

※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。

・自筆での署名をお願いします。ゴム印等の使用はできません。

・本人による署名ができない場合は代筆で結構です。

・本人死亡や申請者が成年後見人等の場合は未記入をお願いします。

記入例