

千代田区長 様

おむつを使用した当該年

記入している日にち

●年 ●月 ●日

確定申告に使用するので、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いて、確認願います。

被保険者番号は介護保険証に記載されている10桁の番号をご記入ください。

住所 千代田区九段南 ●-●-●

氏名 九段 太郎

被保険者番号 ●●●●●●●●●●

対象者の住所、氏名、介護保険の被保険者番号をご記入ください。申請者名ではありません。

※ 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

1年目 または2年目以降を選択してください。

住所

氏名

貴
項に

1.

2.

3.

4.

以下千代田区記載