

第2号様式（第4条関係）

おむつに係る費用の医療費控除確認書交付申出書

年 月 日

焼津市長 様

申出者 住所

氏名

電話番号

対象者 氏名

介護保険被保険者番号

確定申告又は住民税申告に使用するので、対象者の要介護認定に係る主治医意見書のうち_____年に使用したおむつに係る費用の医療費控除の証明に必要な事項を確認した書類の交付を申し出ます。

また、おむつを使用した当該年の前年分の確定申告又は住民税申告において、おむつに係る費用の医療費控除の適否については、次のとおりです。

（ 適用を受けている ・ 適用を受けていない ）

※申出者が対象者でない場合は、対象者から申出者に本申出及び受領を委任する委任状又は委任が確認できる書類（介護保険被保険者証等）が必要です。