

おむつ使用の確認依頼書
(令和6年以降の年分のおむつ代用)

令和 年 月 日

西脇市長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____

確定申告に使用するので、下記被保険者の主治医意見書のうち、
令和 年 月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。

記

被保険者番号	住 所	
2 1 3		
氏 名	生年月日	性別
	明・大・昭 年 月 日	男・女
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	