

様式第1号（第4条、第5条関係）

令和〇年〇月〇日

国東市長 様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和〇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。

おむつを使用している方の住所、氏名、介護保険の被保険者番号を記入し、押印してください。

住所 国東市国東町鶴川〇〇番地
氏名 国東 太郎
被保険者番号 *****

代理で申請される場合、代理人の住所、氏名、対象者との関係を記入してください。

(代理人)
住所 国東市国東町鶴川〇〇番地
氏名 国東 花子
(関係 妻)

※ おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに〇）

1年目 2年目以降

該当する年数に〇をつけてください。

年 月 日

住所
氏名

貴
必要

1.

※

2.

※

3.

※

4.

※

記入不要です。

に

、
に
を

性