

主治医意見書記載内容確認書 交付申請書

令和 年 月 日

(提出先) 茨木市長

申請者 住所 _____

フリガナ

氏名 _____

被保険者との続柄 _____

電話番号 _____

確定申告に使用するため、主治医意見書のうち、令和 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。

介護保険被保険者番号			
住 所			
フリガナ			
氏 名			
生年月日	大正 ・ 昭和	年	月 日
おむつ代の医療費控除を受ける年数	1 年目	2 年目以降	