

様式第1号(第3条関係)

おむつ代の医療費控除に係る確認書交付申請書(2年目以降)
※令和5年分まで

年 月 日

(あて先)宝塚市長

所得税の確定申告等に使用するので、主治医意見書のうち、年を使用したおむつ代の医療費控除の証明(2年目以降)に必要な事項について、確認書の交付を申請します。

申請者	住所	〒 -				続柄	<input type="checkbox"/> 本人
	氏名						<input type="checkbox"/> 配偶者
							<input type="checkbox"/> 子
							<input type="checkbox"/> その他()
電話番号 () - () - ()							
対象者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 -					
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
	介護保険被保険者番号						

本手続による証明が認められるのは、対象年に使用したおむつ代分のみです。

また、おむつ代について医療費控除を受けるのが2年目以降であることが要件となります。

※申請に必要な書類

・対象者の本人確認書類の写し

・対象者本人以外が申請する場合は、申請者の本人確認書類の写しが必要です。

※以下の欄は記入しないでください。

申請者の確認	宛名コード										
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他()										
確認事項	主治医意見書作成日						年	月	日	判断	
	障害高齢者の日常生活自立度										
	尿失禁の発生可能性						<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無		担当()