

おむつ代に係る医療費控除確認申出書

年 月 日

鳴 門 市 長 様

確定申告に使用するため、主治医意見書のうち、 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

本人（おむつを使用している方）

住 所

氏 名

被保険者番号

申出者（代理人）

住 所

氏 名

本人との続柄

電話番号

委 任 状

本手続きを委任する場合には上記申出者を代理人と定め、当該事項に必要な
一切の権限を委任します。

住所

氏名

印

代理人のマイナンバーカードや運転免許証等の身分証明書の写しを添付してください。