

# おむつ代医療費控除確認申請書

年 月 日

伊豆の国市長 様

申請者 住 所

氏 名 ㊟

続 柄 電話番号

確定申告に使用するので、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（**2年目以降**）に必要な事項について、確認願います。

対象者	被保険者番号	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏 名		
	住 所		

※ 申請者が被保険者の場合、対象者住所・氏名は記載不要

---

## ※市記入欄

### 本人確認書類

#### 1点確認

- 個人番号カード                       運転免許証、運転経歴証明書  
 パスポート                               障害者手帳（写真付）  
 その他（    ）

#### 2点確認

- 介護保険被保険者証                       介護保険負担割合証  
 介護保険負担限度額認定証               健康保険被保険者証  
 その他（    ）

### 交付方法

- 窓口                       郵送