

町田市おむつに係る費用の医療費控除主治医意見書確認書交付申請書

申請受付は、翌年1月1日以降となります。
ただし対象者がお亡くなりの場合は、死亡日
をご記入してください。

申請日 令和△年 1 月 ○ 日

対象者と同じ ☒ 対象者以外

対象者以外の方が申請される場合、
住所、氏名、続柄、電話番号を
ご記入してください。

住所 町田市森野2-2-22

氏名 町田 花子 (続柄 子)

電話番号 042 (722) 3111

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち下記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。

対象者	ふりがな	まちだ たろう								生年 月日	明治・大正・昭和		
	氏名	町田 太郎									10 年 10 月 10 日		
	性別	男・女								電話 番号	042-724-2141		
	住所	町田市 町田市森野2-2-22											
	介護保険被 保険者番号	0	0	0	9	9	9	9	9	9	9	要介護	1・2・3・4・5
確認する 年	令和	◎	年分	おむつ代の 医療費控除の申告					1年目・2年目以降				

※下記も選択してください。(申請には、添付書類が必要です。)

郵送先	☒ 対象者宛	☐ 対象者以外の申請者宛	来所	☐ 窓口受け取り
-----	--	-------------------------------------	----	---------------------------------

以下市役所使用欄

郵送申請は、原則として「対象者」宛送付となります。

郵送申請を行う際は、下記の必要書類を同封してください。

・申請書

・返信用封筒(料金分の切手を貼付の上、返信先の郵便番号、住所、氏名をご記入ください。)

※本人確認書類のコピー(「対象者以外の申請者」宛の場合は、「対象者」と「対象者以外の申請者」の本人確認書類のコピーが必要です。)

詳しい申請方法や添付書類などは、町田市ホームページにてご確認ください。

ホームページの閲覧が難しい方は、高齢者支援課までお問い合わせください。