

## おむつ使用確認書の交付申請書

令和 年 月 日

結 城 市 長 様

確定申告に使用するので、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。

### <対象者>

住 所 **結城市中央町二丁目3番地**  
氏 名 **結城 太郎**  
被保険者番号 **0000123456**

・おむつを使用している被保険者の住所・氏名・被保険者番号を記入してください。  
※対象者を確認できる書類(マイナンバーカード、介護保険被保険者証など)の提示が必要です。(郵送申請の場合は写しを提出してください。)

※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

### <申請者>

住 所 **結城市中央町二丁目3番地**  
氏 名 **結城 つむぎ**  
対象者との続柄 **長女**  
電話番号 **0296-34-0417**

・申請者(窓口に来庁される方)の住所・氏名・対象者との続柄・電話番号をご記入ください。  
※本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証など)をご提示ください。(郵送申請の場合は写しを提出してください。)