

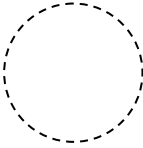
おむつ代の医療費控除の証明申請書

令和 年 月 日

総 社 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（2 年目以降）に必要な事項について、確認願います。

1. 申請者（※被保険者死亡の場合、口に☑をし、申請者の印鑑を押印してください。）

フリガナ		☐被保険者死亡
氏 名		申請者押印欄
住 所	電話番号 ()	
本人との関係		

2. 被保険者

被保険者番号	
フリガナ	
氏 名	
住 所	
生 年 月 日	(明治・大正・昭和) 年 月 日 性別 男 ・ 女

3. 同意書（※申請者が本人、本人の同居家族、本人の被扶養者以外の場合は、記名・押印をしてください。死亡の場合は不要。）

私は、1. 申請者に記載されたものがおむつ代の医療費控除証明書の交付を申請し、受け取ることに同意します。

氏名（被保険者） 印

〔介護保険担当課記入欄〕

申請者確認書類等	免許証・介護保険証・医療保険証・住基・その他 ()		
主治医意見書作成日	年 月 日	交付年月日	年 月 日
寝 た き り 度		証明書交付者	
尿失禁の可能性	あり ・ なし		

該 当 の 有 無	有 ・ 無
-----------	-------

以上のとおり決定してよろしいか。

課 長	課長補佐	主 任	係