おむつ代医療費控除証明申請書

安来市長 様

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に必要な事項について、確認願います。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係
申請者住所	〒 電話番号	

被 保 険 者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏 名	生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日	
	住 所	〒 電話番号		

※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

保険者（市町）確認欄

主治医意見書作成日	要介護認定有効期間	寝たきり度 (意見書)	カテーテルまたは 尿失禁	証明書発行可否
年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日		あり ・ なし	可 ・ 否
被保険者状況	証明書発行日	本人確認		受付者
在住 ・ 異動 (年 月 日)	年 月 日	個 ・ 運 ・ 保 その他 ()		