

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 | 〒<br><br>電話番号 |        |       |

|                  |        |                  |                    |  |
|------------------|--------|------------------|--------------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号 |                  |                    |  |
|                  | フリガナ   |                  |                    |  |
|                  | 氏 名    | 生<br>年<br>月<br>日 | 明 ・ 大 ・ 昭<br>年 月 日 |  |
|                  | 住 所    | 〒<br><br>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<br>(意見書)      | カテーテルまたは<br>尿失禁 | 証明書発行可否 |
| 年 月 日           | 自 年 月 日<br>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<br>その他（ ） |                 |         |