

おむつ代の医療費控除の証明に係る
必要事項確認申請書

年 月 日

安芸高田市 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（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、□に☑をしてください。）

フリガナ		<input type="checkbox"/> 被保険者死亡	
氏 名			
住 所	電話番号 ()		
本人との関係	同居	有 ・ 無	

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. 同意欄（※申請者が本人又は同居親族以外の場合は、被保険者の同意が必要です。死亡の場合は不要。）

私は、申請者に記載された者がおむつ代の医療費控除の証明に係る必要事項確認書の交付を申請し、受け取ることに同意します。

年 月 日

住 所 _____

氏 名 (被保険者) _____

(市記入欄)

主治医意見書作成日	年 月 日				
要介護認定の有効期間	年 月 日		～	年 月 日	
障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	B 1	B 2	C 1	C 2	非該当
尿失禁の発生可能性	あり ・ なし				

- 該当するため、確認書を発行
- 該当しないため、その旨を説明し、確認書を発行