

おむつに係る費用の医療費控除証明確認申請書

年 月 日

東近江市長 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。

申請者	住所			
	氏名		対象者との関係	
対象者	住所		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日

来庁者 1 申請者と同じ : TEL
2 申請者と異なる : 住所 〒
氏名 TEL

来庁者確認 : 運転免許証・保険証・その他 ()

《処理欄》

主治医意見書の内容確認

- ◆主治医意見書の作成日 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 B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2
- ◆尿失禁の発生可能性 あり

主治医意見書に該当の記載なし

受付		確認	
----	--	----	--

※認定書の送付先は申請者になります。来庁者宛（申請者と来庁者が異なる場合）に送付希望の場合、下記記載いただくよう説明してください。

受領に関する委任
確認書の送付については、上記来庁者へ送付いただくようお願いいたします。
_____年 月 日 申請者_____