

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もので、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。

※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

1. 申請者(※被保険者死亡の場合、口に☑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	( 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ) 年 月 日								

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) \_\_\_\_\_ ※自署 または 押印

(市記入欄)

該当するため、確認書を発行  該当しないため、非該当通知を送付

主治医意見書の内容(該当要件)を確認書に転機することへの同意		安芸高田市内 ・ 確認( )			
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			
要件	①障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	B1	B2	C1	C2 非該当
	②失禁への対応としてカテーテルを使用	あり ・ なし			
	②尿失禁の発生可能性	あり ・ なし			