おむつ代の医療費控除の証明に係る必要事項確認依頼書兼確認書

千 代 田 町 長　様

　確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、　　　年中に使用したおむつ代の医療費控除（２年目以降）の証明に必要な事項について確認願います。

１．申請者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 | ㊞　 | 被保険者との続柄 |  |
| 申請者住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　－　　　　－　　　　 |

＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

２．被保険者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | ㍾・㍽・㍼・㍻　　年　　月　　日 |
| フリガナ |  |
| 被保険者氏名 |  | 性　　別 | 男　　　・　　　女 |
| 住　　所 | 〒３７０－０邑楽郡千代田町大字　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　０２７６－８６－ |

３．同意書（※１．申請者と２．被保険者が異なる場合は記名・押印をしてください。）

|  |
| --- |
| 　私は、「１．申請者」に記載された者がおむつ代の医療費控除証明書の交付を申請し受け取ることに同意します。被保険者氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　㊞　 |

　上記の申し出に基づき、　　　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、被保険者の主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| １．主治医意見書の作成年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| ２．要介護認定者の有効期間 | 　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| ３．障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） | Ｂ１　・　Ｂ２　・　Ｃ１　・　Ｃ２ |
| ４．尿失禁の可能性 | あり |

　　　　　年　　　月　　　日

千代田町長