おむつ代医療費控除に係る主治医意見書内容確認申請書

令和　　年　　月　　日

(宛先)座間市長

申請者　〒　　　　　－

住　所

氏　名

電話番号　　　　　(　　　　　)

対象者との続柄

　次の者について、確定申告に使用するので、おむつ代の医療費控除に必要な事項について、証明の発行を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 介護保険被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ氏　名 |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 住　所 | 〒２５２－　　　　　　電話番号　　　　　(　　　　　)座間市 |
| 税申告の対象とする年 | 　　　　　　　　年分 | おむつ代の医療費控除を受ける年数 | （該当するものに〇）１年目・２年目以降 |

|  |  |
| --- | --- |
| 同　意　欄 | この証明書を発行するにあたり、座間市長が私の主治医意見書を調査確認することに同意します。※電子機器で入力せず、自筆での記入をお願いします。本人が署名できない場合は、親族や法定代理人の方が「本人氏名」及び「親族等代筆者名(続柄)」を記入してください。 |
| 本人氏名 |  | 親族等代筆者名 | (続柄　　　　 ) |

♦申請者の身分証明書(運転免許証、医療保険証など)が必要です。

郵送申請の場合は、申請者の身分証明書の写しを添付してください。

**～市記入欄～**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 審査会日 | 令和　　年　　月　　日（　　） | 意見書作成日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 認定期間 | 令和　　年　　月　　日　　～令和　　年　　月　　日 | 障害高齢者自立度 | Ｂ１ ・ Ｂ２ ・ Ｃ１ ・ Ｃ２ |
| 失禁への対応としてのカテーテル使用または尿失禁の発生もしくは発生可能性 | ありなし | おむつ代の医療費控除を受ける年数 | １年目・２年目以降 |