

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		(_____)						
	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○) 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