

おむつ代医療費控除に係る主治医意見書確認書交付申請書

年 月 日

玉野市長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 (_____)
対象者 (本人) との関係 (_____)

確定申告に使用するので、令和 _____ 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、要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認願います。

対象者 (本人)	住 所	玉野市
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
介護保険被保険者番号		
おむつ代の医療費控除を受ける年数		1 年目 ・ 2 年目以降
同意欄		認定にあたって、要件確認のため、私の介護保険要介護認定等情報を活用することに同意します。 対象者 (本人) 署名 _____ ※対象者 (本人) が署名困難な場合は、同意を得たうえで代筆 代筆者 (申請者) 署名 _____
		対象者が 年 月 日死亡のため、同意を得ることができません。
委任欄 代理人のみ記入		私は、申請及び認定書の受取りを上記申請者 (代理人) に委任します。 対象者 (本人) 署名 _____ ※対象者 (本人) が署名困難な場合は、同意を得たうえで代筆 代筆者 (申請者) 署名 _____

※長寿介護課 記入欄 (以下は記入しないでください)

申請者		確認書類	申請者の身分証等
☐ 対象者 (本人)		☐ 被保険者証等	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ 健康保険証 ☐ 介護保険証 ☐ その他 (_____)
☐ 代理人			
☐ 後見人等		☐ 登記事項証明書等	
要介護認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
主治医意見書作成日	年 月 日		
寝たきり度	自立 ・ J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2		
尿失禁の発生可能性	あり ・ なし		
医療費控除を受ける年数	1 年目 ・ 2 年目以降		
交付書類	☐ 確認書 ☐ 確認書 (非該当)		