

(様式第 1 号)

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

令和 7 年 1 月 6 日

玉野市長 様

申請者 住 所 玉野市宇野1丁目27番1号

氏 名 玉 野 太 郎

電話番号 (0 8 6 3 - 3 2 - 5 5 3 4)

対象者 (本人) との関係 (子)

確定申告に使用するので、**令和 6** 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 宇野1丁目27番1号
	氏 名	玉 野 花 子
	生年月日	昭和15 年 8 月 3 日
介護保険被保険者番号		0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
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		私は、玉野市が保有する私の個人情報を、上記の申請に際し、主治医意見書から必要な事項を確認することに同意します。 対象者 (本人) 署名 玉 野 花 子 ※対象者 (本人) が署名困難な場合は、同意を得たうえで代筆者 (申請者) 署名 玉 野 太 郎 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者 (申請者) 署名

申請者名は窓口に
来た方と一致させてください。

※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
☐ 代理人		☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳
☐ 後見人等	☐ 登記事項証明書等	☐ 健康保険証 ☐ 介護保険証
		☐ その他 ()
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)	