

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

(宛先) 厚木市長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
本人との続柄 \_\_\_\_\_

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、 \_\_\_\_\_ 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、確認願います。

1 被保険者

被保険者 番号	_____	性 別	男 ・ 女
フリガナ 氏 名	_____	生年月日	大正 _____ 年 月 日 昭和 _____
住 所	_____		

2 同意書

確認に当たり、私の介護保険要介護認定主治医意見書を調査確認することに同意します。

①対象者氏名 \_\_\_\_\_ (自署) \_\_\_\_\_

②自署困難なため①を代署 \_\_\_\_\_ (代署者氏名) \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

3 おむつ代の医療費控除を受ける年数

1年目      ・      2年目以降      ※いずれかに○