

おむつ代の医療費控除確認書の提供申請書

年 月 日

調布市長 宛

(申請者) 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 電 話 \_\_\_\_\_  
 対象者との関係 \_\_\_\_\_

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（2年目以降）に必要な事項について、確認願います。

対 象 者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女

なお、おむつ代の医療費控除確認書発行のため、市が対象者の要介護等認定に係る認定調査内容及び主治医意見書等を閲覧することに同意します。

対象者氏名 \_\_\_\_\_

-----市記入欄-----

被保険者番号		〈申請者情報〉
認定の有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者（ 年 月 日 申請分） <input type="checkbox"/> 立会者（ 年 月 日 申請分） <input type="checkbox"/> その他（ ）
尿失禁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	〈申請者確認〉
障害高齢者日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他（ ）
主治医意見書作成日	年 月 日	
確認者		

受 付 印