

様式第2号（第3条関係）

おむつ代医療費控除対象者確認申請書

年 月 日

養父市長 様

下記の者について、確定申告に使用するため、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）に必要な事項の確認を願います。

住 所	〒		
氏 名			
介 護 保 険 被保険者番号		生年月日	(大正・昭和) 年 月 日

代理人氏名（本人以外 が申請する場合）※		本人との 続 柄	
代理人住所（本人以外 が申請する場合）	〒		
連絡先電話番号			

※代理人が申請する場合は、確認書は代理人の住所に送付します。

（市確認欄）以下は記載しないでください。

- 1 主治医意見書作成日 年 月 日
- 2 要介護認定の有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日
- 3 障害老人日常生活自立度（該当するものに○印）
B 1 B 2 C 1 C 2 その他
- 4 尿失禁の発生可能性（該当するものに○印） 記載の有無 あり なし
- 5 確認書の交付の可否（該当するものに○印） 交付 可 不可