

様式第1号（第3関係）

おむつに係る費用の医療費控除に用いる証明の確認願

年 月 日

(宛先) 上尾市長

申請者 氏名

住所 〒

電話番号

対象者との続柄

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、確認をお願いします。

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0	0	0	0							
	氏 名											
	住 所											
	生 年 月 日	明治・大正・昭和				年	月	日	性 別	男・女		
	おむつ代の医療費控除を受ける年数	1年目 ・ 2年目以降										

※高齢介護課 記入欄

申請者 確認	・運転免許証 ・パスポート ・マイナンバーカード ・介護保険証 ・健康保険証 ・その他 ()										
主治 医 意 見 書	要介護度 [] 有効期間 [年 月 日 ~ 年 月 日]										
	自立度 [B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2]										
	失禁の対応としてカテーテルの使用または尿失禁の発生可能性 [有 ・ 無]										
	受付者		確認者								