

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書の内容確認申請書

年 月 日

杵築市長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(電話番号 _____)

おむつ代に係る医療費控除を受けるのが2年目以降であるので、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書の交付
を申請します。

記

対 象 者	住 所				
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	申請者との 続 柄		
介護保険被保険者番号					

同 意 書

上記の申請に際し、認定にあたっては、要件確認のために必要に応じて、私の介護保
険等の情報を市が調査・確認することに同意します。

対象者氏名 _____

自筆困難なための代筆

代筆者氏名 _____ (続柄) _____