医療費控除（おむつ代）に係る主治医意見書内容確認書交付申請書

**医療費控除を受けられる方の住所・氏名・電話番号を記入してください。**

　　年　　月　　日

岸和田市長　様

住　所　〒

氏　名

電　話

申請者

**要介護・要支援認定を受けている方について記入してください。**

**記入してください。**

　　　　　年に使用したおむつ代に関して、確定申告に使用する為、介護保険主治医意見書のうち、おむつ代の医療費控除の証明に必要な事項につきまして、確認願います。

**申請者から見た対象者**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 被保険者番号 | 000 | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 氏　　　名 |  | 申請者との  続柄 | |  |
| 住　　　所 | 〒 | | | |
| おむつ代の医療費控除を受ける年数 | | | １年目・２年目以降  （該当するものに〇をつけてください。） | |

確認に当たっては、対象者の要介護認定情報又は要支援認定情報について、必要に応じて市長が利用することに同意します。

対象者氏名　　　　　　　　　　　　印

※自署によって押印を省略できます。

【窓口に来た人（申請者本人の場合は記載不要）】

氏名

住所

□対象者と同じ

電話番号

申請者との関係

**記入してください。**

* **確認書の送付先**

受付者

**□対象者　　□申請者**

**□その他：住所　〒　　　－**

**氏名**