

平成22年 1月11日

倉敷市長様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、**平成21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。

1. 窓口に来た者

フリガナ	クラシキ タロウ
氏名	倉敷 太郎
住所	倉敷市西中新田640 電話番号 086 (426) 3343
本人との関係	本人

2. 被保険者（証明が必要な人）

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
フリガナ	クラシキ タロウ
氏名	倉敷 太郎
住所	倉敷市西中新田640
生年月日	(明治・大正・昭和) 10年 11月 12日
性別	男・女

3. 同意書（※被保険者が死亡の場合は、相続人の氏名を記入し、押印してください。）

私は、1.窓口に来た者がおむつ代の医療費控除証明書の交付を申請し、受け取ることに同意します。

氏名（被保険者）

印

〔介護保険担当課記入欄〕

窓口に来た人の本人確認証 免許証・医療保険証・その他（ ）

主治医意見書作成日	年 月 日	交付年月日	年 月 日
寝たきり度		文書番号	
尿失禁の可能性	あり・なし	手数料受領	未・済
要介護認定の有効期間	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日	証明書交付者	

該当の有無

有・無

担当

平成22年 1月11日

倉敷市長様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平成21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。

窓口に来られる方の身分証明書（免許証、医療保険証、事業所の身分証明証等）が必要です。

また、同一世帯ではない場合は、被保険者（証明が必要な方）と相続人との関係が分かる資料（戸籍抄本等）が必要な場合がありますので、担当課にお尋ねください。

1. 窓口に来た者

フリガナ	クラシキジロウ
氏名	倉敷次郎
住所	倉敷市西中新田640
	電話番号 086 (426) 3343
本人との関係	長男

2. 被保険者（証明が必要な人）

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
フリガナ	クラシキタロウ
氏名	倉敷太郎
住所	倉敷市西中新田640
生年月日	(明治・大正・昭和) 10年 11月 12日
性別	男・女

3. 同意書（※被保険者が死亡の場合は、相続人の氏名を記入し、押印してください。）

私は、1.窓口に来た者がおむつ代の医療費控除証明書の交付を申請し、受け取ることに同意します。

氏名（被保険者）

倉敷次郎 印

〔介護保険担当課記入欄〕

窓口に来た人の本人確認証 免許証・医療保険証・その他（ ）

主治医意見書作成日	年 月 日	交付年月日	年 月 日
寝たきり度		文書番号	
尿失禁の可能性	あり・なし	手数料受領	未・済
要介護認定の有効期間	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日	証明書交付者	

該当の有無 有・無

担当

平成22年 1月11日

倉敷市長様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平成21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。

1. 窓口に来た者

フリガナ	オカヤマ ハナコ
氏名	岡山花子
住所	倉敷市真備町箭田1141-1 電話番号 086(698)1111
本人との関係	ケアマネージャー

窓口に来庁される方の身分証明書（免許証、医療保険証、事業所の身分証明証等）が必要です。

2. 被保険者（証明が必要な人）

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
フリガナ	クラシキ タロウ										
氏名	倉敷太郎										
住所	倉敷市西中新田640										
生年月日	(明治・大正・昭和)	10	年	11	月	12	日	性別	男	・	女

3. 同意書（※被保険者が死亡の場合は、相続人の氏名を記入し、押印してください。）

私は、1.窓口に来た者がおむつ代の医療費控除証明書の交付を申請し、受け取ることに同意します。

氏名（被保険者）

倉敷太郎 印

〔介護保険担当課記入欄〕

窓口に来た人の本人確認証 免許証・医療保険証・その他（ ）

主治医意見書作成日	年 月 日	交付年月日	年 月 日
寝たきり度		文書番号	
尿失禁の可能性	あり・なし	手数料受領	未・済
要介護認定の有効期間	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日	証明書交付者	

該当の有無

有・無

担当