

おむつ代の医療費控除の証明申請書

令和 年 月 日

倉敷市長あて

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和 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			
氏名			
住所	電話番号（ ） -		
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	被保険者本人との関係	

2. 被保険者（証明が必要な人）

被保険者番号			
フリガナ			
氏名			
住所			
生年月日	大正・昭和 年 月 日	性別	男・女

3. 同意書（※被保険者が死亡の場合は、相続人の方が自署してください。）

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。

被保険者（相続人）氏名（自署）

※同意書及び委任状を偽造、または偽造した同意書及び委任状を行使したときは、刑事罰の対象となります。

●私文書偽造等罪（刑法第159条）

●偽造私文書等行使罪（刑法第161条）

〔介護保険担当課記入欄〕

窓口に来た人の本人確認 マイナンバーカード・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	B1・B2・C1・C2	文書番号	第 号
尿失禁の可能性	あり・なし	納期限	年 月 日
要介護認定の有効期間	年 月 日～ 令和 年 月 日	手数料受領	未・済
		証明書交付者	

該当の有無 有 無

決裁（F）

係長	担当者