

(様式1)

年 月 日

(宛先) 高 崎 市 長

おむつ代の医療費控除確認申請書

申請者 住所.....
氏名.....
電話番号.....
対象者との関係 ()

確定申告に使用するため、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願います。

おむつ代医療費控除確認対象者			
被 保 険 者 番 号			
氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
住所			
おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに○） 1年目 2年目以降			

おむつ代の医療費控除の確認に当たっては、主治医意見書を認定資料として閲覧し、使用することに同意します。

年 月 日

対象者同意書 住 所

氏 名

提出者（窓口に来られた方）		対象者との続柄	
---------------	--	---------	--

-----以下は記載しないでください-----
【高崎市確認欄】

介護度		有効期間	年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日
尿失禁 または カテーテル	あり ・ なし	寝たきり度	B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2
作成日	年 月 日 年 月 日	提出者 身分確認	☐ 運転免許証 ☐ 介護保険被保険者証 ☐ 健康保険証 ☐ その他()