**おむつに係る費用の医療費控除のための確認申請書**

**令和 ３** 年 **１** 月 **１０** 日

飯 田 市 長 様

申請者

郵便番号　　**３９５－８５０１**

住 所　　**飯田市大久保町２５３４**

氏 名　　**介護　花子**

　　　　　　　　　　（署名または記名押印）

電話番号　　**２２-４５１１**

対象者との関係　　**長女**

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、**令和 ２** 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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住 所 | 　**飯田市大久保町２５３４** |
| 生年月日 | 明・大・昭　 **３**年　**８**　月 **２９** 日 |
| フリガナ | **カイゴ　タロウ** |
| 氏 名 | 　　**介護　太郎** |
| 介護保険被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** | **６** | **７** |

【飯田市処理欄】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認欄 | 確認書の発行 | 意見書記入日 | 日常生活度 | 尿失禁の発生可能性 | 認定の有効期間 |
| 発行未発行 |  | B1・B2C1・C2 | 有・無 | ～ |