**おむつに係る費用の医療費控除のための確認申請書**

年　 月 　日

飯 田 市 長 様

申請者

郵便番号

住 所

氏 名

　　（署名又は記名押印）

電話番号

対象者との関係

確定申告に使用するので、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（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 |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　年　　　月 日 | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 氏 名 |  | | | | | | | | | |
| 介護保険  被保険者番号 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |

【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・B2  C1・C2 | 有・無 | ～ |