

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に必要な事項について、確認願います。

※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

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	失禁の対応としてカテーテル使用 又は尿失禁の発生可能性	認定の有効期間
	発行		B1・B2	有・無	～
	未発行		C1・C2		