別記様式第１号（第３条関係）

年　　　月　　　日

医療費控除のためのおむつ使用に係る主治医意見書確認申請書

吉富町長　　様

申請者　住所

氏名

連絡先（電話番号）

対象者との続柄

　確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、　　　　　年のおむつ使用に係る費用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。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対  象  者 | 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 住　所 |  | | | |
| 保険者番号 |  | 被保険者番号 | |  |

同　　意　　書

　証明にあたっては、町が要件確認のために、私の要介護認定の調査等の情報を使用することに同意します。

対象者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※　対象者が自署困難な場合は、本人に説明し理解を

得たうえで代筆記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 町確認欄 | 寝たきり度 | □　該当　　　 　□　　非該当 |
| 失禁の可能性 | □　該当　　　 　□　　非該当 |
| 通知種別 | □　確認書　　　　□　　非該当通知 |