

様式第1号（第3関係）

おむつに係る費用の医療費控除に用いる証明の確認願

令和 年 月 日

（宛先）上尾市長

申請者 氏名

住所 〒

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、確認をお願いします。

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0	0	0	0									
	氏 名													
	住 所													
	生 年 月 日	明治・大正・昭和		年		月		日	性 別	男・女				

※高齢介護課 記入欄

申 請 者 確 認	・運転免許証 ・パスポート ・マイナンバーカード ・介護保険証 ・健康保険証 ・その他（ )													
主 治 医 意 見 書	要介護度 [ ] 有効期間 [ 年 月 日 ~ 年 月 日 ]													
	自立度 [ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2 ]													
	尿失禁 [ 有 ・ 無 ]													
	受付者								確認者					