

様式第1号（第3条関係）

おむつに係る費用の医療費控除に用いる証明の確認願

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（)																	
認 定	要介護度 [] 有効期間 [年 月 日～ 年 月 日]																	
主 治 医 意 見 書	自立度 [B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2] 尿失禁 [有 ・ 無]																	
	受 付 者		確 認 者															