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

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		