年　　　月　　　日

　三芳町長　あて

　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記した確認書の交付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　書 | ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 住　所 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 介護保険  被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな |  | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | |
| おむつ費用に係る医療費が　　　１年目　　・　　２年目以降 | | | | | | | | | | |

町記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 前年申告有無 | 有　・　無 |  | | |
| 申　告　年 | 年　（おむつを利用した当該年） | | | |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日（　　カ月）  ※申告年内に作成されている場合、有効期間が１３カ月以上であり申告年の前年、前々年に作成されている場合に限る。 | | | |
| 主治医意見書  記入日 | 年　　　月　　　日 | | | |
| 主治医意見書内容確認書発行日 | 年　　　月　　　日 | | 処理者 |  |