

第1号様式（第3条関係）

おむつ代の医療費控除の証明に必要な事項確認申請書

年 月 日

仁木町長

様

（申請者）住所

氏名

印

（被保険者との関係：

）

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、確認願います。

介護保険 被保険者	氏名		性別	男・女
	住所			
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	（ 歳 ）
	被保険者 番号			

申請者が本人（被保険者）以外の場合は、以下に記入してください。

私の、介護保険要介護認定又は要支援認定に係る主治医意見書の内容を確認することについて同意します。

年 月 日

被保険者氏名

印