

「おむつ代の医療費控除証明に係る主治医意見書の内容確認書類」 交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 春日井市長

確定申告に使用するため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確認願います。

申請者	住所			
	フリガナ氏名		続柄	
	TEL			

対象者	住所	〒		
	フリガナ氏名			
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
	被保険者番号			

※ 要介護認定結果、調査票及び意見書の閲覧に同意します。

※ おむつ代の医療費控除を受ける年数 (該当するものに○)

1年目

2年目

_____ ここから下は記入しないでください _____

申請者本人確認書類 <u>(コピー添付必要)</u>	受付
マイナンバーカード・介護支援専門員証・免許証・その他 () ※後見人は、上記の書類に加え、審判確定証明書などの後見人とわかる書類が必要	

「おむつ代の医療費控除証明に係る主治医意見書の内容確認書類」 交付申請書

令和 〇 年 6 月 12 日

(宛先) 春日井市長

確定申告に使用するため主治医意見書のうち、
控除の証明に必要な事項について確認願います。

窓口申請の場合は、申請者の身分証明書をコピーさせていただきます。
郵送で提出される場合は、申請者の身分証明書のコピーを同封してください。

申請者	住所	〒 486-8686 春日井市鳥居松町5丁目44番地		
	フリガナ氏名	カスガイ ハナコ 春日井 花子	続柄	妻
	TEL	0568-81-5111		

窓口に来た人
(家族や成年後見人等)

被保険者本人

対象者	住所	〒 486-8686 春日井市鳥居松町5丁目44番地		
	フリガナ氏名	カスガイ タロウ 春日井 太郎		
	生年月日	明治・大正・昭和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日		
	被保険者番号	○○○○○		

※ 要介護認定結果、調査票及び意見書の閲覧に同意します。

※ おむつ代の医療費控除を受ける年数 (該当するものに○)

○ 1年目

2年目

ここから下は記入しないでください

申請者本人確認書類 (コピー添付必要)	受付
マイナンバーカード・介護支援専門員証・免許証・その他 ()	
※後見人は、上記の書類に加え、審判確定証明書などの後見人とわかる書類が必要	