

おむつに係る費用の医療費控除確認申請書

安 城 市 長

申請日 年 月 日

申請者住所 _____

申請者氏名 _____ 電話 _____

対象者住所 申請者に同じ _____

対象者氏名 申請者に同じ _____

介護保険被保険者番号 _____

確定申告に使用するので、介護保険認定にかかる主治医意見書のうち、_____年に使用したおむつに係る費用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。

つきましては、おむつに係る費用の医療費控除確認書を作成するために必要な資料として、私又は私の家族の介護保険認定にかかる主治医意見書を確認することを承諾します。

氏 名 _____ (※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

- 注意 1 太枠内をもれなく記入してください。
 2 申請に来た人が本人又は同居の家族以外の場合は、委任状が必要です。

委 任 状 委任日 年 月 日

代理人 (委任された人)
 住 所 _____
 氏 名 _____

私は上記の者を代理人と定め、おむつに係る費用の医療費控除確認申請を委任します。

委任者 (委任した人)
 住 所 _____
 氏 名 _____ (※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

市記入欄

20210401～

認定基準日	□□年 12月 31日
おむつ費用医療費控除	初年(非該当) 2年目以降
主治医意見書作成日	年 月 日
要介護認定の有効期間	年 月 日～ 年 月 日
障害老人ねたきり度	B 1 B 2 C 1 C 2
尿失禁の発生可能性	あり なし(非該当)

決裁欄) 上記のとおり、おむつに係る費用の医療費控除確認申請があり、審査したところ、判定結果のとおり該当しますので、別紙のとおり確認書を交付してよろしいか。

課長	主幹	係長	係	判定結果	対象年 年分 ・該当 ・非該当 (却下)