様式第１号（第３条関係）

医療費控除（おむつ代）に係る主治医意見書内容確認書交付申請書

令和　　年　　月　　日

岸和田市長　様

**医療費控除を受けられる方の住所・氏名・電話番号を記入してください。**

住　所　〒　　　－

**要介護・要支援認定を受けている方について記入してください**

申請者

　　　　氏　名

電　話

**記入してください。**

確定申告に使用するため、介護保険主治医意見書のうち、令和　　年に使用したおむつ代の医療費控除の証明（２年目以降）に必要な事項につきまして、確認願います。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 被保険者番号 |  | 性　　別 | 男　・　女 |
| 氏　　　名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 住　　　所 | 〒　　－ |
| 申請者との続柄 |  |  |

確認に当たっては、対象者の要介護認定情報又は要支援認定情報について、必要に応じて市長が利用することに同意します。

対象者氏名　　　　　　　　　　　　印

※自署によって押印が省略できます。

* **確認書の送付先**

**記入してください**

**□対象者　　□申請者**

**□その他：住所　〒　　　－**

**氏名**

受付者