

習志野市長宛て

申請者

氏 名 習志野 太郎 続柄(長男)

住 所 〒〇〇〇-〇〇〇〇
習志野市鷺沼△-△-△

電話番号 〇〇〇-△△△-□□□□

医療費控除の証明に必要な確認書の交付申請書

おむつに係る費用の医療費控除の確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和 〇〇 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

対象者

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
住 所	習志野市鷺沼△-△-△									
氏 名	習志野 花子									
生 年 月 日	明・天・昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日									

※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年目以降

市役所処理欄			
主治医意見書作成日	年 月 日	認定期間	年 月 日～ 年 月 日
日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
尿失禁の有無	あり ・ なし	交 付	交付 ・ 不交付