

習志野市長宛て

申請者
氏 名 _____ 続柄() _____

住 所 _____ 丁目 _____

電話番号 _____ - _____ - _____

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 _____ 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										
住 所										
氏 名										
生 年 月 日	明	・	大	・	昭	・	平	年	月	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