

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、〇〇 年中の介護保険法に基づく当該年中の主治医意見書の確認書の交付を申請します。

なお、おむつに係る費用の医療費控除については 〇〇 年に申告しているため、2年目以降の申告となります。

対象者

被保険者番号	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
住所	<b>習志野市鷺沼△-△-△</b>									
氏名	<b>習志野 花子</b>									
生年月日	明・	⊕	・	昭・	平	〇〇年	〇〇月	〇〇日		

※申出欄

おむつに係る費用の医療費控除申告については、2年目以降であることに相違ありません。

氏名 (申請者名)

**習志野 太郎**

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