

令和 年 月 日

おむつ代医療費控除に係る主治医意見書内容確認申請書

嵐山町長 様

申請者

住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

本人との続柄 _____

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、 年に使用したおむつ代の医療費控除の証明（2年目以降）に必要な事項について確認願います。

1 被保険者

被保険者番号			性別	男・女
フリガナ		生年月日	明治	年 月 日
氏名			大正	
		昭和		
住所				

2 同意書

確認に当たり、私の介護保険要介護認定主治医意見書を調査確認することに同意します。

① 対象者氏名 (自署) _____

② 自署困難なため①を代署 (代署者氏名) _____ (続柄: _____)