

様式1（第3条関係）

おむつ代の医療費控除事項証明申請書

年 月 日

（あて先）あわら市長

申請者（届出人） 氏名

住所

対象者との続柄

連絡先 - -

確定申告に使用するため、介護保険法に基づく要介護認定に係る主治医意見書のうち、 年中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、申請します。

※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

対 象 者	住 所	あわら市 (電話 - -)
	フリガナ 氏 名	
	生年月日	年 月 日

上記申請にあたり、介護保険法に基づく要介護認定に係る主治医意見書を確認することに同意します。

本人（対象者）氏名

対象者死亡の場合（申請者氏名）