

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

申請者氏名 _____

住所 _____

続柄 _____

連絡先 _____ - _____ - _____

確定申告に使用するので、介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく要介護認定に係る主治医意見書のうち、平成・令和 年を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。

なお、今回の医療費控除を受けるのは、2年目以降であることに相違がないことを申し出ます。

対象者	住所	あわら市 (電話 - -)		
	フリガナ氏名			
	性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日

上記申請にあたり、私の介護保険法（平成9年法律第123号）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。

①対象者氏名 _____

②①を代署した場合(代署者氏名) _____ (続柄) _____

③対象者死亡の場合 (申請者氏名) _____