

おむつ代の医療費控除に係る確認書 交付申請書

年 月 日

福井市長あて

申請者: 郵便番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____

対象者との続柄 ()

日中繋がる電話番号 () _____

確定申告に使用するので、下記対象者の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。

【対象者】

住 所:

氏 名:

被保険者番号:

<処理確認欄>

2年目以降の確認:

主治医意見書作成日: 年 月 日

要介護認定有効期間: 年 月 日～ 年 月 日

障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度): B1 B2 C1 C2

尿失禁発生可能性:

翌年以降対象となった場合確認書の送付を希望するか: 希望する 希望しない