

おむつ使用証明書に代わる確認書交付申請書

年 月 日

つくば市長 宛て

〒
住 所
申請者 氏 名
電話番号

確定申告に使用するため下記の者の主治医意見書により、_____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。

記

対 象 者	住 所			
	介護保険 被保険者番号			
	氏 名			
	生年月日	大正・昭和 年 月 日	申請者との続柄	

確認に当たっては、私の介護保険に係る要介護認定情報その他これに準ずる情報を調査することに同意します。

対象者氏名 _____

※ この申請書は、本人、民法第725条に定める親族（6親等内の血族、配偶者、3親等内の姻族）又は本人の委任状をお持ちの方が申請できます。

事務確認欄	対応者	確認
		<input type="checkbox"/> おむつ代の医療費控除の申告が2年目以降（口頭確認） <input type="checkbox"/> つくば市介護保険被保険者