

(様式 1)

年 月 日

(宛先) 高 崎 市 長

おむつ代の医療費控除確認申請書

申請者 住所.....
氏名.....
電話番号.....
対象者との関係 ()

確定申告に使用するため、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。

おむつ代医療費控除確認対象者			
被 保 険 者 番 号			
氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
住所			

おむつ代の医療費控除の確認に当たっては、主治医意見書を認定資料として閲覧し、使用する ことに同意します。	
年 月 日	
対象者同意書	住 所
	氏 名

提出者（窓口に来られた方）		対象者との続柄	
---------------	--	---------	--

-----以下は記載しないでください-----

【高崎市確認欄】

介護度		有効期間	年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日
尿失禁	あり ・ なし	寝たきり度	B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2
作成日	年 月 日 年 月 日	提出者 身分確認	☐ 運転免許証 ☐ 介護保険被保険者証 ☐ 健康保険証 ☐ その他()