

第1号様式（第4条関係）

年 月 日

東大和市長 殿

〒

住所

申請者 氏名

電話 ()

対象者との続柄 ()

おむつ代の医療費控除の証明に必要な事項に係る主治医意見書確認書交付申請書

税の申告に使用するので、主治医意見書のうち、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、下記のとおり確認願います。

記

対象者	介護保険 被保険者番号			
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所 電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話 () 東大和市		
対象時期	_____年12月31日時点（いずれかに○：要支援1・2 要介護1・2・3・4・5）			
	_____年12月31日時点（いずれかに○：要支援1・2 要介護1・2・3・4・5）			
	_____年12月31日時点（いずれかに○：要支援1・2 要介護1・2・3・4・5）			
	_____年12月31日時点（いずれかに○：要支援1・2 要介護1・2・3・4・5）			
	_____年12月31日時点（いずれかに○：要支援1・2 要介護1・2・3・4・5）			

※1：最大過去5年分まで申請可能です。年の途中で死亡した場合は、当該年分は死亡した日の状況となります。

※2：申請を行う方の本人確認書類等の提示（郵送の場合は写しの添付）をしてください。

※3：本人の親族が請求を行う場合は、本人との関係性を証明する書類（戸籍謄本等）を添付してください（本人と別居の場合に限る）。

市処理欄

本人確認		親族確認	
------	--	------	--