

令和〇年 〇月 〇日

東大和市長 殿

〒207-0015

住所 東大和市中心4-5-6

申請者 氏名 東大和 太郎

電話 042 (XXX) XXXX

対象者との続柄 ()

申請者の住所、氏名、電話番号、対象者との続柄を記入してください。

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（本人）の介護保険被保険者番号、氏名、生年月日、住所、電話番号を記入してください。
※介護保険被保険者番号の記入がなくても受付いたします。

対象者	介護保険被保険者番号	123456		
	氏名	東大和 花子	生年月日	昭和2年 1月 1日
	住所 電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 東大和市 中央3-930	電話	042 (563) 2111
対象時期	令和〇年 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）			

認定書をお出する対象時期、その時の介護度を記入してください。
※介護度の記入がない場合でも受付いたします。

- ※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）。