

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書の内容確認申請書

【確定申告用】（※ 古賀市健康介護課へ提出してください）

年 月 日

（あて先）古賀市長

〒 -

住所 _____

（電話 - - ）

申請者

氏名 _____

（対象者との続柄： ）

確定申告に使用するので、対象者に係る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に必要な事項について、確認願います。

対象者 (被保険者)	介護保険被保険者番号							
	住 所	古賀市						
	(ふりがな)						性 別	
	氏 名						男 ・ 女	
	生年月日	年 月 日 (歳)						
※ おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに○） 1年目 2年目以降								

※ 申請者が対象者（被保険者）本人でない場合記入

私は、古賀市長が私の介護保険要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認し、その情報を申請者に開示することについて承諾します。

年 月 日

氏名（自署） _____

（本人が自署困難の場合は、本人に説明し、理解を得た上で代筆記入して下さい。）

申請者確認 運転免許証 その他 () 対象者確認 被保険者証 その他 ()