

様式第 1 号

おむつ代に係る医療費控除確認書交付申請書

申請日 年 月 日

釜石市長 様

申請者 氏名
(対象者から見た続柄)

住所

連絡先(- -)

____年の確定申告に使用するので、要介護認定に係る主治医意見書の記載内容から、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。

なお、釜石市が、要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認することに同意します。

対象者	介護保険 被保険者番号	
	フリガナ	
	氏名	
	住所	
おむつ代の医療費控除を 受ける年数		(該当するものに○をつけてください) 1年目 ・ 2年目以降