

おむつ代の医療費控除のための主治医意見書の内容確認書発行申請書

令和 年 月 日

(あて先)
福岡市 区長 様

確定申告で、前年に引き続き、2年目以降のおむつ代の医療費控除を申請するにあたり、
年に使用したおむつ代の証明のために必要な要介護認定に係る主治医意見書の内容
について確認願います。

(申請者)

申請者 (○をつけてください。) 1. 被保険者本人 2. 被保険者の家族 被保険者との続柄 ()	※申請者	住所	
		氏名	
		(※)	
(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。			

※「申請者」は、医療費控除を受けられる方(実質的な医療費の負担者)です。
本申請手続きを「代理人」に依頼される場合は、以下の委任欄にご記入下さい。

(委任欄)

なお、本申請手続き及びおむつ代の医療費控除のための主治医意見書内容確認書の受領に関することを、下記の者に委任します。

代理人 住所
氏名

(内容確認対象者)

住所	福岡市 区 丁目
フリガナ	
氏名	介護保険被保険者証番号
生年月日	明・大・昭 年 月 日

(点線以下は記入しないでください。)

決裁	課長	係長	係員	職年 月 日	上記の被保険者について、主治医意見書の内容を確認した結果、(別紙のとおり確認書の発行・確認書の発行不可説明)を行ってよろしいか。 (確認結果)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

※主治医意見書の写しを決裁に添付すること。