様式第１号（第３条関係）

おむつ代の医療費控除事項証明申請書

年　　　月　　　日

名護市長　殿

（申請者）住所

氏名

続柄

電話

　確定申告等に使用するので、対象者の主治医意見書のうち、おむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、内容を確認した証明書を交付するよう申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  | | | |
| 氏名 |  | | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 被保険者番号 | |  |
| 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 | | |
| 申請理由 | | 年に使用したおむつ代の医療費控除に使用するため | | | |

* 以下の欄は、記入しないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 現在有効である要介護又は要支援の認定期間 | 年　　　月　　　日から  年　　　月　　　日まで |
| 主治医意見書の作成日 | 年　　　月　　　日 |
| 障害高齢者自立度 | B1　　B2　　C1　　C2 |
| カテーテル使用又は  尿失禁の発生可能性 |  |
| おむつ代の医療費控除を受ける年数 | １年目　・　２年目以降 |