

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