

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	
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			
<input type="checkbox"/> おむつ代に係る医療費控除を受けるのが2年目以降であることに相違ありません。				

※名護市においておむつ代の医療費控除に係る事項を証明できる方はおむつ代についての医療費控除を受けるのが2年目以降である方のみとなります。

※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
尿失禁の発生可能性	

公印使用 承認欄	《決裁年月 日》	課長	係長	係員
公印名 ()				