

記入例

別記様式第1号（第3条関係）

おむつに係る費用の医療費控除証明申請書

① 申請書に記入した日

② 確定申告をする人の住所・氏名・被保険者との関係・電話番号を記入してください。

※被保険者との関係は、要介護者からみて書いてください。

例) 子/子の夫(妻)/子の子、など

令和3年 2月 1日

申請者 住所 那須烏山市中央1-1-1

氏名 那須烏山 太郎

(介護保険被保険者との関係 子の夫)

③ 証明を希望する年を記入してください。

電話番号 0287-88-7115

次の介護保険被保険者が 令和 2 年 に使用したおむつに係る費用について、医療費控除(2年目以降)を受けたいので、その者のおむつの使用の証明に必要な事項について、その者の主治医意見書の確認をお願いします。

| | | | | |
|----------|--------|----------------|----|---------------------------------------|
| 介護保険被保険者 | 住所 | 那須烏山市田野倉85-1 | | |
| | 氏名 | 那須烏山 ハナ子 | 性別 | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 |
| | 被保険者番号 | 1234567 | | |
| | 生年月日 | 昭和 8 年 8 月 8 日 | | |

※ 申請者が、~~本人~~ 場合記入

④ 要介護認定を受けている人の住所・氏名・性別・介護保険被保険者番号・生年月日を記入してください。

す。

令和3年 2月 1日

被保険者氏名 那須烏山 ハナ子

⑤ ②の申請者が、④の要介護認定を受けている人と異なるときに記入します。記入した日付、④要介護認定を受けている人の氏名を記入。

【郵送での提出先・問合せ先】

〒321-0526 栃木県那須烏山市田野倉85-1

那須烏山市 健康福祉課介護保険グループ

TEL 0287-88-7115