

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

年 月 日

那須烏山市長 宛て

申請者 住 所

氏 名

(介護保険被保険者との関係)

電話番号

次の介護保険被保険者が 令和 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			
	氏 名		性 別	男・女
	被保険者番号			
	生 年 月 日	年 月 日		

※ 申請者が、本人以外の場合記入

私の介護保険要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認することについて承諾します。

年 月 日

被保険者氏名