

(記入例)

おむつ代の医療費控除に係る介護保険主治医意見書の記載内容確認申請書

年 月 日

富津市長 様

申請者 住 所 富津市下飯野2443番地

氏 名 富津 太郎

電話番号 0439-80-1262

確定申告に使用するので、介護保険主治医意見書のうち、令和〇〇年に使用したおむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、確認願います。

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0	9	9	9	9	9	9	性別	男 ・ <u>女</u>
	氏 名	富津 花子										生年月日	昭和20年4月1日
	住 所	富津市下飯野 2443 番地											
申 請 者 の 被 保 険 者 と の 関 係		1 被保険者本人											
		<u>2</u> 被保険者の家族（続柄 夫)											
		3 被保険者の扶養者（続柄)											
		4 上記の者から委任を受けた者 (委任者 続柄 ())											
おむつ代の医療費控除を受ける年数		<u>1</u> 1年目											
		2 2年目以降											

【被保険者同意欄】（申請者が被保険者本人でない場合に記入してください。）

私は、富津市が保有する私の介護保険主治医意見書に係る個人情報を上記の申請者に提供することに同意します。

被保険者氏名 富津 花子

※ 市使用欄

決 裁 欄	課 長	係 長	担 当	公 印 使 用
	記入不要です。			

本人以外が申請する場合は、
被保険者本人の署名が必要です。