

令和 年 月 日

東近江市長 様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和 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。

申請者	住 所	電話番号		
	氏 名		続柄	
対象者	住 所	電話番号		
	氏 名		生年月日 大正・昭和 年 月 日	
おむつ代の医療費控除を受ける年数		1 年目	2 年目以降	

<p>同意書</p> <p>上記申請者に私のおむつに係る費用の医療費控除証明確認書を交付することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日 (対象者) 氏 名</p>
---

《市確認欄》

申請者本人確認:運転免許証・マイナンバーカード・その他( )

主治医意見書の内容確認

被保険者番号( ) 受付者: 確認者:

主治医意見書作成日			
認定の有効期間			
障害高齢者の日常生活自立度			
失禁の可能性			
カテーテルの使用 (R6年以降にかかる申告)			