

第1号様式

年 月 日

おむつに係る費用の医療費控除の申告に関する証明書
交 付 申 請 書

船橋市長 あて

申請者	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	被保険者との関係	本人・その他()
	問い合わせ先電話番号	

確定申告に使用するので、下記の介護保険被保険者及び年について、おむつに係る費用の医療費控除の申告に関する証明書の発行を申請します。なお、前年までに使用したおむつ代の医療費控除については、医師が発行する「おむつ使用証明書」を添えて申告していることを申し立てます。

記

被保険者	被保険者番号												
	住 所												
	氏 名												
	生年月日	明 治	・	大 正	・	昭 和	年	月	日				
おむつを使用した年		年											

※以下は介護保険課で利用するので記入しないでください。

交付決定	可・否	受付方法	電話・来庁・郵送・その他()	担当者
交付番号		交付方法	来庁・郵送・その他()	
交付日		郵便の場合送付先	自宅・設定済送付先	
医師の同意	船橋市医師会員 他(/ 電話確認)		その他() 返信用 84円切手 有	

[理由]

- 1.自立度が基準を満たしていないため
- 2.尿失禁にチェックがないため
- 3.確認対象となる期間に作成された主治医意見書がないため
- 4.医師の同意が得られなかったため
- 5.その他

裏面委任状あり

委任状

年 月 日

船橋市長 へ

委任者(被保険者)

住 所

氏 名

印

私は、おむつに係る費用の医療費控除の申告に関する証明書の交付に関する一切を、下記の者に委任いたします。

受任者(申請者)

住 所

氏 名

印