

記入例

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 へ

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	

申請される方(ご家族等)の氏名・住所・被保険者との関係・電話番号をご記入ください。

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(2年目以降)の発行を申請します。

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

おむつを使用している方の被保険者番号・住所・氏名・生年月日をご記入ください。

確定申告に使用される年度(平成・令和)の数字をご記入ください。

※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	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			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)	郵便の場合 送付先	その他() 返信用 84円切手 有	

介護保険課使用欄ですので、無記入でお願いします。

[交付否決理由]

- 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

返信用封筒(送付先住所・氏名を記入し、84円切手を貼ったもの)を併せて必ずお送りください。