

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、主治医意見書の記載内容から、下記のおむつを使用した年における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。

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			
おむつ代の医療費控除を受ける年数		1年目 ・ 2年目以降										
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	可 ・ 否	受付方法	電話 ・ 来庁 ・ 郵送 ・ その他( )
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
担当者			その他( ) 返信用 110円切手 有

[交付否決理由]

- 1.自立度が基準を満たしていないため
- 2.カテーテルおよび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.その他