別記様式第1号（第2条関係）

年　　　月　　　日

　　近江八幡市長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　（署名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との続柄（　　　　　　　　　　）

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書の内容確認申請書

　確定申告に使用するので、介護保険法に規定する要介護認定に係る主治医意見書のうち、

　　　　　年中に使用したおむつ代の医療費控除の証明（２年目以降）に必要な事項について確認願います。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 氏　　　　名 |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　　　所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 送　 付　 先  （郵送で申請される場合  　のみ記入要） | 氏名 | | | |  | | | | | | | |
| 住所 | | | |  | | | | | | | |
| 電話番号 | | | |  | | | | | | | |
| 被保険者との続柄 | | | |  | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 委任状  　私は、上記申請者を代理人と定め、おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書の内容確認  申請の手続に関する一切の権限を委任いたします。  委任者（被保険者）　 住　所  　　　　　　　　　　　　氏　名  　　　　　　　　　　　　（代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名）） |

※この申請に関し、偽りその他不正の手段により虚偽の申請を行った場合は、刑事罰の対象となります。

※申請者は、本人であることを証明する書類をご提示ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人確認 | 受付 | 確認 | 再確認 | 決裁 |
|  |  |  |  |  |