

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に必要な事項について確認願います。

おむつ代の医療費控除を受ける年数 1年目            2年目以降（該当するものに○）

被保険者番号										
氏 名									生年月日	年 月 日
住 所	〒									

### 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、刑事罰の対象になります。

※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