

様式第1号(第4条関係)

年 月 日

おむつ代に係る医療費控除のための主治医意見書内容確認申請書

加西市長 様

申請者 住 所
氏 名
被保険者との関係

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、 年を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、確認をお願いします。

被保険者 住 所
氏 名
被保険者番号

※申請者が被保険者本人でない場合に、記入してください。

私は、加西市が保有する私の個人情報を、上記の申請者に提出することに同意します。

被保険者氏名 _____

※注意事項

おむつを使用した当該年等に作成された主治医意見書を加西市が保有し、その記載内容の「障害高齢者の日常生活自立度」が「B1・B2・C1・C2」のいずれかで、かつ、「尿失禁」の発生可能性が「あり」の場合に内容確認書を発行させていただきますのでご承知ください。

様式第2号(第4条関係)

届 出 書

加西市長 様

おむつ代に係る医療費控除確認書の交付を申請するにあたり、前年の確定申告書の写し等を添付することができませんので、おむつ代の医療費控除を受けるのが2年目以降であることに誤りがないことを申し出ます。

年 月 日

申請者 住 所
氏 名