

令和 年 月 日

大山町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
対象者との関係 ( )  
電 話

おむつに係る費用の医療費控除確認書交付申請書

確定申告に使用するので、下記の者について、令和 年に使用した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

1 対象者（被保険者）

対象者 (被保険者)	被保険者番号												
	住 所												
	氏 名												
	生年月日	大正・昭和 年 月 日											

<担当者記入欄>

主治医意見書 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） B1・B2・C1・C2 該当なし  
尿失禁の発生可能性 あり・なし