

年 月 日

（宛先）琴平町長

〒 \_\_\_\_\_

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

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兼同意書

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、 \_\_\_\_\_ 年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。

対象者 (被保険者)	介護保険 被保険者 番 号	_____	性 別	男 ・ 女
	氏 名	_____	生年月日	年 月 日生
	住 所	_____		

【対象者同意欄】

本件申請にあたり、おむつ代の医療費控除の証明のために必要に応じて、私の住民基本台帳及び介護保険要介護認定等情報を調査すること、並びに担当部署へ情報提供することに同意します。

対象者氏名 \_\_\_\_\_ 印

【委任欄】

私は、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及び受領を上記申請者に委任します。

対象者氏名 \_\_\_\_\_ 印

【琴平町処理欄】 ※以下は記載しないでください。

※ 提示書類の確認	<input type="checkbox"/> 対象者の介護保険被保険者証又は介護保険資格証	
	<input type="checkbox"/> 前年の確定申告書の写し	<input type="checkbox"/> おむつ使用証明書の写し
	<input type="checkbox"/> 確認書の写し	<input type="checkbox"/> 申出書
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
受付年月日	※備考	