様式第１号（第３条関係）

年　　月　　日

　琴平町長　　様

申請者　氏名

住所

電話番号

対象者との関係（　　　　　　　　　　　 ）

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に必要な事項について、確認願います。

なお、琴平町が、要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | | | | | | | | | |
| おむつの医療費控除を受ける年数（該当するものに〇）  １年目　　　　　　　　　２年目以降 | | | | | | | | | | | | |

【対象者同意欄】　　※申請者が対象者本人でない場合に、記入してください。

　私は、琴平町が保有する私の個人情報を、上記の申請者に提供することに同意します。

対象者氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 【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 | □対象者の介護保険被保険者証又は介護保険資格証 | |
|  |  | □前年の確定申告書の写し　□おむつ使用証明書の写し  □確認書の写し　　　　　　□申出書 | |
|  |  | □運転免許証　　□その他（　　　　　　　　　　　） | |
| 受付年月日 |  | ※備考 |  |