

おむつ代の医療費控除に係る確認書交付申請書

年 月 日

(あて先) 岡山市長

〒 ー
住所
(Tel ー ー)

申請者

氏名

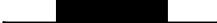
続柄： 1. 対象者（本人） 2. 代理人 3. 相続人 4. 後見人等

確定申告に使用するので、おむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認願います。

対象者 (本人)	住 所	岡 山 市 区									
	(ふりがな) 氏 名	(性別：男・女)									
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)									
介護保険被保険者番号		0	0	0							
おむつ代の医療費控除を受ける年数		☐ 一年目 ☐ 二年目以降									
確認年		年分 (※複数年にまたがる場合 年分～ 年分)									
資 料 活 用 への 同 意 欄 <u>記入必須</u>	確定申告に使用するため、私の介護保険要介護認定等情報を活用することに同意します。										
	①対象者（本人）署名 _____ ※記入必須 (本人が署名困難な場合、同意を得た上で代筆) 										
	(代筆者氏名) _____ (対象者との続柄: _____)										
	②対象者が _____ 年 _____ 月 _____ 日死亡のため同意を得ることができません。										

◎本人（対象者）以外へ確認書の送付を希望する場合は、以下に本人から署名をもらってください。

※相続人、後見人等の場合は記入不要

確認書申請 に関する 委任欄	私は、申請及び確認書の受取りを、上記申請者（2. 代理人）に委任します。										
	対象者（本人）署名 _____ (本人が署名困難な場合、同意を得た上で代筆) 										
	(代筆者氏名) _____ (対象者との続柄: _____)										

----- (以下は記入しないでください) -----

年 月 日時点の状況 市記入欄

申請者	確認書類等	申請者の身分証等
☐ 対象者（本人）		
☐ 代理人	☐ 委任状（委任欄）	☐ 免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ 健康保険証
☐ 相続人	☐ 住基 ☐ 戸籍 ☐ その他 ()	☐ 介護保険証 ☐ マイナンバーカード
☐ 後見人等	☐ 登記 ☐ その他 ()	☐ その他 ()
要介護認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日	交付書類 ☐ 確認書 ☐ 確認書（非該当）
主治医意見書作成日	年 月 日	
寝たきり度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
失禁への対応	尿失禁の発生可能性 あり ・ なし カテーテル使用 あり ・ なし（確認年が令和6年以降の場合に限る）	