

# おむつ使用確認申請書

申請日 年 月 日

羽生市長 様

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。

## 1. 申請者

フリガナ		被保険者との関係	
氏名			
住所	〒 -		
電話番号			

※申請者が被保険者本人の場合、住所・電話番号は記載不要

## 2. 被保険者（証明が必要な人）

被保険者番号	
フリガナ	
氏名	
住所	〒 -
電話番号	
おむつ代の医療費控除を受ける年数	(該当するものに○) 1年目 ・ 2年目以降

## 【市記入欄】

申請者の本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
主治医意見書 確認事項	意見書作成日	年 月 日	
	寝たきり度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
	尿失禁該当	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 発生可能性あり <input type="checkbox"/> なし	
審査結果	<input type="checkbox"/> 発行可能 <input type="checkbox"/> 非該当		