

(第1号様式)

**記入例: 太枠内は必ずご記入ください**

年 月 日

おむつ代の医療費控除に関する認定申請書

添付

板橋区長様

**【申請者の情報】**

- ・申請者の住所、氏名、続柄、電話番号を必ず記入ください
- ・申請者の身分証明書(郵送の場合はその写し)を必ず添付(必須)
- ・法定代理人は3か月以内の登記事項証明書(原本)を添付(必須)

(窓口にとられた方) 申請者	住所	〒(173-8501) 板橋区板橋二丁目66番1号		
	氏名	代理 一郎		
	対象者との続柄	成年後見人	電話	03-※※※※-※※※※

※申請者は、対象者本人、親族、法定代理人(親族の場合を除く)に限られます。

**【対象年】**

対象年を記入してください。

確定申告に使用しますので、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(1年目・**2年目以降**)に必要な事項について、確認をお願いします。  
該当するものに○

該当するものに○で囲んでください

記

**【介護保険被保険者番号】**

- ・被保険者証のコピーを添付(なければ省略可)
- ・被保険者番号がわからない場合は記入がなくても申請できます

添付

介護保険被保険者番号

0	0	0	※	※	※	※	※	※	※
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(認定を受ける方) 対象者	住所	板橋区板橋二丁目65番6号		性別	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女
	氏名	認定 緑	生年月日	明治・大正・昭和10年 1月 1日	

**【対象者の情報】**

住所、性別、氏名、生年月日を必ず記入してください。

**【同意欄】**

必ず記入してください。

同意欄	本申請に伴い、おむつ代の医療費控除対象者認定に係る審査において、私の介護保険認定関係資料・情報を板橋区が使用することに同意します。 本人署名 <b>認定 緑</b> (代筆 <b>代理 一郎</b> ) 本人との関係(成年後見人)
	私は、右記のものを代理人として、おむつ代の医療費控除に関する必要事項認定申請の権限を委任します。 代理人住所 <b>板橋区板橋二丁目66番1号</b> 氏名 <b>代理 一郎</b>

※同意・委任については、本人の心身の状況により本人の自書が難しい場合、本人とみながせ等を行い了解が得られれば本人以外の記載でも構いません。

※太わくの中にご記入ください。

**【委任欄】**

必ず記入してください

No. 受付者

**申請書の裏面は記入不要です**