

おむつ代の医療費控除に関する認定申請書

(宛先) 板橋区長

(窓口にとられた方)申請者	住所	〒()
	氏名	
	対象者との関係	本人 ・ その他 ()
	電話	

※ 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。

確定申告に使用しますので、主治医意見書のうち、下記のとおり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、確認をお願いします。

記

介護保険被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

対象者 (認定を受ける方)	住所			
	氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日

おむつを使用した年	年
-----------	---

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
--------------------------------	-------------

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 (代筆) 本人との関係()
委任欄	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 氏名

※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、本人に読み聞か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。

