

(第1号様式)

●年●月●日

おむつ代の医療費控除に関する認定申請書

添付

(宛先) 板橋区長

【申請者の情報】

・申請者の住所、氏名、対象者との関係、電話番号を必ず記入してください
 ・申請者の身元証明書(郵送の場合はその写し)を添付(必須)

(窓口にかかれた方) 申請者	住所	〒173-0004 板橋区板橋2-66-1	
	氏名	認定 次郎	
	対象者との関係	本人	・ その他 (子)
	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。

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。

添付

【対象者の情報】

住所、氏名、生年月日を必ず記入してください。

【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

対象者 (認定を受ける方)	住所	板橋区板橋2-65-6		
	氏名	認定 花子	生年月日	明治・大正・ 昭和 ●年●月●日

介護保険被保険者番号 000****

【対象年】

対象年を記入してください。

おむつを使用し **令和●** 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

【おむつ代の医療費控除を受ける年数】

どちらか選択してください。

【同意欄】

必ず記入してください。本人が意思表示できないときについても代筆にて記入してください。

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 認定 花子 (代筆 認定 次郎) 本人との関係(子)
	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 板橋区板橋2-66-1 氏名 認定 次郎

※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、本人に読字能力がない場合、代筆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

【委任欄】

申請者と対象者が異なる場合は必ず記入してください。

申請書の裏面は記入不要です