

おむつ代の医療費にかかる主治医意見書確認書交付申請書

令和 年 月 日

ふじみ野市長 宛

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和__年に使用したおむつ代の医療費控除の証明（2年目以降）に必要な事項について、確認願います。

申請者 住 所
氏 名
電 話
(続柄)

対象者 住 所 ふじみ野市
氏 名
被保険者番号

【市役所記入欄】申請者の方は、記入不要です。

該当可否	おむつ使用証明は、	初回 ・ 2年目以降
主治医意見書	障害者高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2 B1・B2・C1・C2
	尿失禁の発生可能性	あり ・ なし

※網掛け部分のいずれにも該当すること。