

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書の内容確認申請書

年 月 日

(あて先) 古賀市長

〒 -

住所 _____

(Tel - -)

申請者

氏名 _____

(対象者との続柄 :)

確定申告に使用するので、対象者に係る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（2年目以降）に必要な事項について、確認願います。

| | | | | | | | |
|---------------|------------|----------|---|---|---|------|--|
| 対象者 (被保険者) | 介護保険被保険者番号 | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | |
| | (ふりがな) | | | | | 性別 | |
| | 氏名 | 印 | | | | 男・女 | |
| | 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日 | (歳) | |

※ 申請者が対象者（被保険者）本人でない場合記入

私は、古賀市長が私の介護保険要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認し、その情報を申請者に開示することについて承諾します。

年 月 日

氏名（自署） _____

(本人が自署困難の場合は、本人に説明し、理解を得た上で代筆記入して下さい。)