

# 様式 1

申請日 年 月 日

小田原市長様

確定申告に使用するため、次の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。

申請者 住所  
氏名  
電話番号  
対象者との関係

## 対象者

氏名	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
住所					
被保険者番号					

「おむつに係る費用の医療費控除」の認定にあたり、介護保険認定審査会資料及び主治医意見書を認定資料として使用することに同意します。

対象者名

## 決裁欄

課長	副課長	係長	係員	担当員

伺  
い  
月  
日