

おむつ代医療費控除に係る主治医意見書内容確認申請書

（あて先） 岐阜市長

申請者（代理人申請の場合は、代理人。以下同じ）

住 所

氏 名

被保険者との関係

電話番号

確定申告に使用するため、_____年に使用した**おむつ代の医療費控除の証明（1 年目・2 年目以降）**に必要な事項について、下記の被保険者に係る主治医意見書の記載内容の確認を申請します。

なお、申請にあたり要件確認のため、必要に応じて介護保険等の情報を市が調査することに同意します。

記									
被保険者番号									
被 保 険 者	(住 所) 岐阜市								
	フリガナ (氏 名)						性別	男・女	
	(生年月日) 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)								

※ 申請者が、対象者(上記被保険者)及び対象者と生計を一にする同一世帯の親族以外の場合は、下記により、対象者による委任が必要です。

上記申請者に申請及び内容確認書の受領を委任します。

年 月 日

被保険者 住所 氏名 印

(自書の場合は押印不要です)

受付時 確認欄	* 申請者の身分証明書の提示が必要です。
	・ 運転免許証・パスポート・個人番号カード・住民基本台帳カード ・ 健康保険証・その他 () 記号番号等のメモ欄

※令和 6 年以降の年分の確定申告より、おむつ代の医療費控除が 1 年目の人から主治医意見書内容確認書を使用できることとなりました。それ以前の年分の確定申告については 1 年目の方は「おむつ使用証明書」が必要となります。

交 付	受 付