[様式第１号](http://www.city.nasukarasuyama.lg.jp/reiki/reiki_honbun/word/407340011.doc)(第４条関係)

おむつに係る費用の医療費控除証明申請書

　　年　　月　　日

　下野市長　　　　　　様

　　　 申請者　住所

氏名

　　　　 (介護保険被保険者との関係：　　　　　)

　次の介護保険被保険者が 年に使用したおむつに係る費用について医療費控除(２年目以降)を受けたいので、その者のおむつの使用の証明に必要な事項について、その者の主治医意見書の確認をお願いします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険被保険者 | 住　所 |  | | |
| 氏　名 |  | 性別 | 男・女 |
| 被保険者番　　号 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | |