

# おむつ代の医療費控除に関する認定申請書

板橋区長様

申請者 (窓口にとられた方)	住所			
	氏名			
	対象者との続柄		電話	

※申請者は、対象者本人、親族、法定代理人(親族の場合を除く)に限られます。

確定申告に使用しますので、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、確認をお願いします。

## 記

		介護保険被保険者番号								
対象者 (認定を受ける方)	住所						性別	男・女		
	氏名			生年月日	月	日	明治・大正・昭和	年	月	日

同意欄	本申請に伴い、おむつ代の医療費控除対象者認定に係る審査において、私の介護保険認定関係資料・情報を板橋区が使用することに同意します。	本人署名 ..... (代筆 ) 本人との関係( )
委任欄	私は、右記のものを代理人として、おむつ代の医療費控除に関する必要事項認定申請の権限を委任します。	代理人住所 ..... 氏名

※同意・委任については、本人の心身の状況により本人の自書が難しい場合、本人に読み聞かせ等を行い了解が得られれば本人以外の記載でも構いません。

※太わくの中にご記入ください。

No. 受付者

\_\_\_\_\_

ご案内

- おむつ代に係る費用の医療費控除に関する必要事項認定は、要介護・要支援認定審査会で使用した主治医意見書を元に、認定基準に該当するかどうかを判断します。
- 主治医意見書から基準に該当することが読み取れない場合は、認定書を発行できない場合もありますので、ご了解ください。
- なお、発行できない場合は発行について主治医に相談されることをお勧めします。

---

[事務処理経過]

- ・申請者                      本 人                      法定代理人      親族（続柄\_\_\_\_\_）
- ・申請者確認方法              身分証明書（運転免許証・パスポート）      保険証                      その他（                      ）
- ・交付年月日                      年                      月                      日
- ・交付の可否                      可 ・ 否

**No.** \_\_\_\_\_