



町田市おむつに係る費用の医療費控除主治医意見書確認書交付申請書

申請日 年 月 日
(あて先) 町田市長

申請者 ☐対象者と同じ ☐対象者以外
住所

氏名	(続柄)
電話番号	()

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち下記年に使用したおむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について確認願います。

対象者	ふりがな									生年月日	明治・大正・昭和				
	氏名										年	月	日		
	性別	男 ・ 女								電話番号					
	住所	町田市													
	介護保険被保険者番号	0	0	0							要介護	1	2	3	4
確認する年	令和	年分	おむつ代の医療費控除の申告						1年目 ・ 2年目以降						

※下記も選択してください。(申請には、身分証明書の提示や添付書類が必要です。)

郵送先	<input type="checkbox"/> 対象者宛 <input type="checkbox"/> 対象者以外の申請者宛	来所	<input type="checkbox"/> 窓口受け取り
-----	---	----	---------------------------------

以下市役所使用欄

確 認 結 果

受付番号	第	号
------	---	---

確認年	主治医意見書作成日	認定の有効期間	寝たきり度	失禁への対応
年分	年 月 日	/ / ~ / / (か月)	B1 B2 C1 C2	尿失禁・カテーテル
	年 月 日	/ / ~ / / (か月)	B1 B2 C1 C3	尿失禁・カテーテル
	年 月 日	/ / ~ / / (か月)	B1 B2 C1 C4	尿失禁・カテーテル
審 査 結 果		<input type="checkbox"/> 発行 <input type="checkbox"/> 非該当		

対象者	介・免・マイ・他 ()	申請者	介・免・マイ・他 ()
備考			

作成	確認