

年 月 日

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合  
理事長 様

申請者 住 所

氏 名

(連絡先) 住 所

氏 名

電話番号

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

※ おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに○）

1年目      ・      2年目以降

記

対象者住所・氏名及び被保険者番号

住 所											
氏 名											
被保険者番号											
個人番号											

組合記入欄

主治医意見書 作成年月日		障害高齢者の 日常生活自立度	尿失禁の 発生可能性	医師の同意
事務局長	総務課長	合議		主務