様式第1号(第3条関係)

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書の内容確認申請書

　　年　　月　　日

　　東松島市長　　　　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　印

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(2年目以降)に必要な事項について、確認願います。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者(被保険者) | 被保険者番号 |  |  | | |
| 住所 |  | | | |
| 氏名 |  | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | 申請者との続柄 |  |

※　申請者が被保険者本人でない場合に、同意書に署名して下さい。

同意書

　私は、東松島市が保有する私の個人情報を、上記の申請者に提供することについて同意します。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 氏名(対象者)  　(自署) |
| ※　対象者が自署困難の場合は、本人に説明し理解を得た上で代筆記入して下さい。 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【東松島市処理欄】 | | | | 受付番号 | |  |
| 審査内容 | 次のとおり交付(通知)してよろしいか伺います。 | | 起案日　　　　　年　　月　　日  決定日　　　　　年　　月　　日 | | | |
| 寝たきり度 | □該当　　□非該当 | 課長 | | 班長 | 担当 |
| 失禁の可能性 | □該当　　□非該当 |  | |  |  |
| 通知種別 | □確認書　□非該当通知 |