

令和 年 月 日

_____福祉事務所長 様

確 認 依 頼 書

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和____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、確認をお願いします。

〈申請者〉

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日生

連 絡 先 _____

被保険者との続柄 _____

〈被保険者〉

介護保険被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日生

※ 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

(神戸市使用欄)

☐ 上記のとおり確認依頼があり、主治医の同意も得られたため、主治医意見書を確認のうえ確認書を発行してよろしいか。

☐ 上記のとおり確認依頼がありましたが、確認書を発行しないこととしてよろしいか。

(理由: ☐ 要件に該当しないため ☐ 主治医の同意が得られないため)

課 長	係 長	係