

# おむつ使用確認申出書

年 月 日

一関市福祉事務所長 様

申請者 住 所 (〒 - )

氏 名

電 話 番 号

対象者との関係

下記対象者の介護保険要介護等認定申請等に係る主治医意見書のうち、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	住所	性別 男 ・ 女
	氏名	生年月日 年 月 日
	被保険者番号	
申 請 理 由	_____年分の確定申告に使用するため	

注 申請者と対象者の必要事項を記入すること。

<b>【介護保険被保険者の同意】</b> 私は、一関地区広域行政組合が保有する介護認定審査会資料を、一関市福祉事務所が取得・閲覧することに同意します。	被保険者 氏名	
--------------------------------------------------------------------------------	------------	--