

(様式1)

おむつ代の医療費控除証明に利用する主治医意見書の内容確認書交付申請書

令和 年 月 日

花 巻 市 長 様

確定申告に使用するので、介護保険要介護等認定に要した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（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 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
生年月日 大・昭 年 月 日 \_\_\_\_\_  
被保険者番号 \_\_\_\_\_

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
続柄 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

処 理 欄 (市役所使用欄)

要介護状態	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
認定申請日	年 月 日	年 月 日
認定決定日	年 月 日	年 月 日
認定有効期間	~ 年 月 日 年 月 日	~ 年 月 日 年 月 日
意見書作成日	年 月 日	年 月 日
寝たきり度	B1・B2・C1・C2・左記以外	B1・B2・C1・C2・左記以外
尿失禁の発生可能性	あり ・ なし	あり ・ なし
判定結果	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当