

(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 _____

※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

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
失禁への対応 尿失禁の発生 可能性等	カテーテルの使用（あり・なし） 尿失禁の発生等 （あり・なし）	カテーテルの使用（あり・なし） 尿失禁の発生等 （あり・なし）
判定結果	☐ 該当 ☐ 非該当	☐ 該当 ☐ 非該当