介護保険　主治医意見書内容確認書交付申請書

（おむつに係る費用の医療費控除用）

（あて先）西 尾 市 長

令和　　年　　月　　日

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和　　年中に使用したおむつ代の医療費控除（２年目以降）の証明に必要な事項について、確認書の交付をお願いします。

申請者	氏　名		本人との関係	
	住　所	電話（　　）　　－		

被保険者	フリガナ		生年月日	大正 ・ 昭和 年　　月　　日
	氏　名			
	住　所	□申請者と同じ 西尾市		

【以下西尾市処理欄】

確認事項	①申請者の本人確認書類	運転免許証・医療保険証・その他(　　)
	②主治医意見書作成日	平成・令和　　年　　月　　日
	③認定有効期間	平・令　　年　　月　　日～令　　年　　月　　日
	④障害高齢者の日常生活自立度	□B1　□B2　□C1　□C2
	⑤尿失禁の発生可能性	□あり　□なし
	確認結果	□該当　□非該当