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 |
| 氏　名 |  | 年　 月 日 |
| 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 |