

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
険者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 西尾市		

※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

【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	令和 年 月 日
	③認定有効期間 (※申告1年目の場合で有効期間が年途中で切れている場合は2段目も記入)	令和 年 月 日～ 年 月 日 ※令和 年 月 日～ 年 月 日 ※1年目の場合はこちらも記入。こちらも該当なら証明書には合算した期間を記入する
	④障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
		※ <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
	⑤失禁への対応としてのカテーテル使用又は尿失禁の発生若しくは発生可能性	<input type="checkbox"/> あり ※ <input type="checkbox"/> あり
確認結果	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 ※ <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	