

介護保険主治医意見書記載内容確認書交付申請書

年 月 日

(宛先) 寒 川 町 長

確定申告に使用するので、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。

申請者	氏名		本人との関係	
	住所等	電話		
被保険者	氏名		被保険者番号	
	住所			
	おむつ代の医療費控除を受ける年数		1年目 ・ 2年目以降	

*添付書類 申請者本人確認書類（運転免許証等）

----- 以下は記載しないで下さい -----

寒川町処理欄

年 月 日

確認事項	主治医意見書の作成日	年 月 日
	要介護認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	B1 B2 C1 C2
	失禁への対応カテーテル	あり なし
	尿失禁の発生可能性	あり なし
	おむつ代の医療費控除を受ける年数	1年目 ・ 2年目以降
	結果	該当 非該当