

【記入見本】

介護保険主治医意見書記載内容確認書交付申請書

令和●年 ●月 ●日

申請書を提出する日をご記入ください。

申請される方の

- ・氏名 ・本人との関係
 - ・住所、電話番号
- をご記入ください。

川 町 長

用するので、主治医意見書のうち、令和●年に使用した
費控除の証明に必要な事項について、確認願

確定申告を行う対象となる年をご記入ください。

申請者	氏名	寒川 太郎	本人との関係	長男
	住所等	〒253-0105 寒川町岡田●●● 電話 0467-●●-●●●●●		
被保険者	氏名	寒川 花子	被保険者番号	●●●●●●
	住所	〒253-0106 寒川町宮山●●●		
	おむつ代の医療費控除を受ける年数	1年目 ・ 2年目以降		

おむつ代の医療費控除の対象となる方の

- ・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をご記入ください。
(被保険者番号が不明の場合は空欄可)

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