様式１（令和6年使用分以降）

主治医意見書の内容確認申請書

　令和　　年の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。

※　おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに〇）

**１年目　　　　　　　２年目以降**

　年　　月　　日

　　　　西海市長　杉澤　泰彦　　様

　　　　　　　申 請 者　住所

　　　　　　　　　　　　TEL

　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　被保険者との続柄（　　　　　）

　　　　　　　被保険者　住所

　　　　　　　　　　　　氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

被保険者番号

保険者確認欄（控）

|  |  |
| --- | --- |
| 主治医意見書の作成日（最も新しいものの作成日） | 　年　　月　　日 |
| 要介護認定の有効期間 | 　　年　　月　　日から |
| 　　年　　月　　日まで |
| 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）※複数の要介護認定がある場合は最も軽度の区分に〇 | B1・B2・C1・C2・その他 |
| 尿失禁の発生もしくは可能性　または失禁への対応としてのカテーテル使用 | 有　・　無 |
| おむつ代の医療費控除を受ける年数 | １年目　・　２年目以降 |