様式１

主治医意見書の内容確認申請書

　　　　　年の確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、　　　　年

に使用したおむつ代の医療費控除の証明（２年目以降）に必要な事項につい

て、確認願います。

　なお、おむつに係る費用の医療費控除は、　　　　年の確定申告で２年目

以降となることを確約します。

　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 | 　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） | B1・B2・C1・C2・その他 |
| 尿失禁の発生可能性 | 有　・　無 |