

主治医意見書内容確認申請書

年 月 日

朝 来 市 長 様

住 所

申請者 氏 名

対象者との関係

下記の対象者について、確定申告の際におむつ代に係る医療費控除を受けるので、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に必要な事項について確認願います。

記

対 象 者	被保険者番号 (介護保険)			
	住 所	☐ 申請者に同じ 〒		
	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏 名			
	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和		
	おむつ代の医療費控除を受ける年数		1 年目 ・ 2 年目以降	

※市使用欄

認定日	年 月 日	有効期間	年 月 日～ 年 月 日	
意見書 の内容	作成日	年 月 日	尿失禁等	あり ・ なし
	ADL	自立・J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・C 2		
確認書の交付	該当 ・ 非該当		交付日	年 月 日