

介護保険主治医意見書内容確認申請書

○年○月△日

狛江市長 宛て

申請者	氏名	狛江 花子	対象者との 関係	子
	住所	〒 201-0003 狛江市和泉本町1-○-○ 電話番号 03 (3430) ××××		

おむつ代に係る医療費控除を受けるのが2年目以降であるので、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書の
交付を申請します。

記

対象者	被保険者番号	○	○	○	○	1	1	△	□	□	○
	フリガナ										
	氏名	狛江 太郎									
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ 〒 電話番号 ()									

※市処理欄(以下は記入しないでください。)

おむつ代の医療費控除の申告が2回目以降の確認		口頭 ・ 書類()						
要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5							
要介護認定有効期間	年	月	日	～	年	月	日	カ月
意見書の記載	作成日	年	月	日	当該年 ・ 当該年以前	尿失禁	あり ・ なし	
	ADL	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2						
確認書の交付		適 ・ 否						