

第1号様式（第4条関係）

介護保険主治医意見書内容確認証明書（医療費控除証明書）交付申請書

年 月 日

（宛先）綾瀬市長

申請者 住所 _____

氏名 _____

被保険者との関係 _____

電話番号 _____

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に必要な事項について、確認願います。

フリガナ		被保険者番号							
被保険者氏名									
住 所	電話番号 ()								
おむつ代の医療費控除を受ける年数 (該当する年数にレ点)	<input type="checkbox"/> 1年目 <input type="checkbox"/> 2年目以降								

.....
【処理確認欄】※③④は該当する区分にレ点

①主治医意見書の作成日： 年 月 日

②要介護認定の有効期間： 年 月 日～ 年 月 日

③障害高齢者の日常生活自立度： B 1 B 2 C 1 C 2 J 1～A 2
(寝たきり度)

④失禁への対応としてのカテーテルの使用： あり なし

又は尿失禁の発生若しくは発生可能性