

介護保険主治医意見書内容確認証明書（医療費控除証明用）交付申請書

年 月 日

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（2年目以降）に必要な事項について、確認願います。

（注）2年目以降のおむつ代の医療費控除をする方が申請できます。1年目は医師の証明が必要です。

フリガナ		被保険者番号							
被保険者氏名									
住 所	綾瀬市 電話番号 ()								

事務 処 理 欄	このことについて、以下のとおり決定してよいでしょうか。							
	意見書作成日		寝たきり度		尿失禁の可能性		交付決定	
	年 月 日		B 1・B 2・C 1・C 2		あり ・ なし		可 ・ 否	
	課長	総括	担当	公印	起案		【交付できない理由】 <input type="checkbox"/> 医療費控除が初めて <input type="checkbox"/> 障害高齢者自立度が該当しない <input type="checkbox"/> 尿失禁の可能性がない	
					決裁			
				交付				

キ リ ト リ セ ン

介護保険主治医意見書内容確認証明書（医療費控除証明用）

年 月 日
住 所 _____ 氏 名 _____ 様
綾 瀬 市 長
<p>貴方からの申出に基づき、 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、貴方の主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。</p> <p>1. 主治医意見書の作成日 年 月 日</p> <p>2. 要介護認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日</p> <p>3. 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） B 1 B 2 C 1 C 2</p> <p>4. 尿失禁の可能性 あり</p>