

年 月 日

狛江市長 宛て

介護保険主治医意見書内容確認申請書

申請者	氏名		対象者との 関係	
	住所	〒 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書の交付を申請します。

記

対象者	被保険者番号										
	フリガナ	-----									
	氏名										
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 〒									
		電話番号 ()									
おむつ代の医療費控除を受ける年数 (該当するものに○)		1年目 ・ 2年目以降									

※市処理欄(以下は記入しないでください。)

控除対象年	年	おむつ代の医療費控除を受ける年数	1年目 ・ 2年目以降	
要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
要介護認定有効期間	年 月 日 ~		年 月 日 月	
意見書の 記載	作成日	年 月 日 当該年・当該年以前		※複数の要介護認定に係る意見書がある場合は、最も新しいものの作成日を記載すること
	障がい高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2 ※複数の要介護認定がある場合は、最も軽度の区分に○をつけること		
	カテーテル使用	あり ・ なし	尿失禁が現在あるか又は 今後発生の可能性の高い状態	あり ・ なし
確認書の交付	適 ・ 否			