

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

(あて先)
秦 野 市 長

年 月 日

申請者（窓口に来た人）

住所

氏 名

続柄

電 話

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。

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

事務 処理 欄	意見書作成日(※1)		寝たきり度(※2)				失禁への対応としてのカテーテルの使用又は尿失禁の発生若しくは発生可能性				交付決定	
	年 月 日		B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2				あり ・ なし				可 ・ 否	
	要介護認定の有効期間(※3)		年 月 日 ～ 年 月 日									
	備考											

※1 複数の要介護認定に係る複数の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。

※2 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。

※3 おむつ代の医療費控除を受けるのが1年目であり、有効期間が連続する複数の要介護認定を受けている場合には、これらの認定に係る有効期間（医療費控除を受けようとする年以降のものに限る。）の全てを合算した期間。