

主治医意見書内容確認書交付申請書

(おむつに係る費用の医療費控除用)

平成 年 月 日

飯山市長 あて

(行政区名)

申請者 住 所

氏 名

印

(電話 -)

介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく要介護認定に係る主治医意見書の内容について、下記事項の確認をお願いします。

なお、下記被保険者について、おむつ代の医療費控除を受けるのが2年目以降であることを申し添えます。

対象者氏名	生年月日	明治 大正 年 月 日生 昭和 (歳)
住 所	飯山市	
被 保 険 者 番 号		
確 認 事 項	1) 主治医意見書の作成日 2) 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） 3) 尿失禁の発生可能性	
確 認 年	平成 年	
申 請 理 由	確定申告に際し、おむつ代の医療費控除の証明に必要なため	

※ 以下の欄には記入しないでください。

上記申請について主治医意見書内容確認書を発行してよろしいですか。 発行する ・ 発行しない	係	係 長	課長補佐	課 長

要介護度	要介護認定の有効期間	主治医意見書作成日	日常生活自立度	尿失禁の発生可能性
	H . . ~ H . .	平成 年 月 日	B1・B2・C1・C2	有 ・ 無