

介護保険主治医意見書内容確認申請書

年 月 日

(あて先)小金井市長

申請者	氏名		対象者との関係	
	住所	〒 連絡先電話番号		

下記の対象者について、確定申告に使用するため、 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、介護保険主治医意見書の内容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 〒									

市処理欄(以下は記入しないでください。)

おむつ代の医療費控除の申告が2回目以降の確認	口頭 ・ 書類()						
二次審査日	年 月 日	合議体(第1 ・ 第2 ・ 第3 ・ 第4)					
認定有効期間	年 月 日 から	年 月 日 まで					
意見書の記載	作成日	年 月 日	尿失禁	あり ・ なし			公印 /
	ADL	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2					
確認書の交付	適 ・ 否	交付日	年 月 日	担当			

記入例

介護保険主治医意見書内容確認申請書

年 月 日

(あて先) 小金井市長

申請者	氏名	小金井 太郎	対象者との関係	夫
	住所	〒184-8504 小金井市本町×-×-○ 連絡先電話番号 042-387-9804		

下記の対象者について、確定申告に使用するため、 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、介護保険主治医意見書の内容確認書の交付を申請します。

記

対象者	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
	フリガナ	コガネイ ハナコ
	氏名	小金井 花子
	住所	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ

対象者の被保険者番号、氏名、住所（申請者と同様であればし点）を記入してください。

市処理欄(以下は記入しないでください。)

おむつ代の医療費控除の

この欄は記入しないでください。

☆ 印の箇所は認定係が記入します。