

介護保険主治医意見書内容確認申請書

年 月 日

（宛先）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 〒										

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。）

主治医意見書作成日： 年 月 日

要介護認定有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）：B1・B2・C1・C2

カテーテルの使用又は尿失禁の発生もしくは発生可能性：あり・なし