第１号様式（第４条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **おむつ使用に係る主治医意見書確認書交付申請書**  年　　月　　日  龍郷町長　様  申請者　住　　所  電話番号  氏　　名  （対象者との関係　　　　　　　　　　）  確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和　　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、確認願います。   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 対象者 | 住所 |  | | | | | | | | | | | 氏名 |  | | | | | | | | | | | 生年月日 |  | | | | | | | | | | | 介護保険  被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 委任欄 | | 私は、上記の申出者に、龍郷町が私の主治医意見書の内容を確認し情報提供することに、同意します。  委任者署名  （代筆の場合）  代筆者氏名 | | | | | | | | | |   ※申出者が、対象者や家族（生計を一にしている者）以外の方は、委任が必要です。 |

龍郷町確認欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 前年医療費控除を受けている添付書類 | | あり（　　　　　　）　・　なし | |
| 主治医意見書作成日 | | 年　　月　　日 | |
| 現に受けている要介護認定の有効期間 | | 13月未満・13月以上 | |
| 認定年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 主治医意見書 | 日常生活自立度 | □ | 自立・Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２ |
| □ | Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２ |
| 尿失禁 | あり　・　なし | |