

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	<input type="checkbox"/>	自立・J 1・J 2・A 1・A 2
		<input type="checkbox"/>	B 1・B 2・C 1・C 2
	尿失禁	あり ・ なし	