

おむつ代の医療費控除証明（主治医意見書内容確認）申請書

令和 年 月 日

宗像市長 あて

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。

| | | | | | | | | | | | |
|------------|--------|----|---|---|---|----|--|--|--|-------|---|
| (被保険者) 対象者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | 0 | 0 |
| | フリガナ | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | |
| 申請者 | 生年月日 | 明治 | | | | | | | | 申請者との | |
| | | 大正 | 年 | 月 | 日 | 昭和 | | | | 続柄 | |
| 申請者 | 氏名 | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | |

【宗像市処理欄】

| | | | | | | | |
|------|---------------------|---------------------|-----|-----|-----|---|--|
| 確認内容 | 寝たきり度 (該当するものに○) | 自立 | J 1 | J 2 | A 1 | A 2 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 (「B 1～C 2」ならば該当) |
| | 失禁の可能性 | B 1 | B 2 | C 1 | C 2 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 (「あり」ならば該当) |
| | 主治医意見書作成日 | 令和 年 月 日 | | | | | |
| | 要介護認定の有効期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | | | |

※該当主治医意見書の写しを添付すること。

| | | | | |
|-----|-------------|----|----|------------|
| 決裁欄 | 受付者 (担当) | 係長 | 課長 | 確認書 発行者 |
| | | | | |