

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 |   |   |   |       |  |  |  |   |   |
|            |        | 大正 | 年 | 月 | 日 | 申請者との |  |  |  |   |   |
|            |        | 昭和 |   |   |   |       |  |  |  |   |   |
|            | 氏名     |    |   |   |   |       |  |  |  |   |   |
|            | 住所     |    |   |   |   |       |  |  |  |   |   |
|            | 電話番号   |    |   |   |   |       |  |  |  |   |   |

【宗像市処理欄】

|      |                     |                     |     |     |     |   |  |
|------|---------------------|---------------------|-----|-----|-----|---|--|
| 確認内容 | 寝たきり度<br>(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<br>(「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<br>(「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<br>(担当) | 係長 | 課長 | 確認書<br>発行者 |
|     |             |    |    |            |