

(第1号様式)

おむつ代医療費控除に係る主治医意見書記載内容確認書交付申請書

年 月 日

中野市長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____ 印
電話（連絡先） _____
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、_____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。なお、中野市が、要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認することに同意します。
また、おむつ代に係る医療費控除を受けるのが2年目以降であることを宣誓します。

対象者	住 所		性 別	男 女
	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和
	氏 名			年 月 日
介護保険被保険者番号				
委任欄		私は、中野市が私の要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認し、上記の申請者に情報提供をすることに同意します。 委任者 _____ 印		

【確認事項】

- 1 主治医意見書の作成日
- 2 要介護認定の有効期間
- 3 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）
- 4 尿失禁の発生可能性