おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書の内容確認申請書

令和　　　年　　　月　　　日

（あて先）南伊勢町長

申請者　　住所

氏名

電話　　　　　　　－　　　　　－

被保険者との続柄（　　　　　　　　　　　）

確定申告に使用するので、下記の者の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に必要な事項について、確認願います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 度会郡南伊勢町 |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| おむつ代の医療費控除を受ける年数  （該当するものに○） | １年目　　　　　　　２年目以降 |
| 郵送先（希望するものに○） | 被保険者住所　　・　　申請者住所 |

【南伊勢町処理欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 主治医意見書作成日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 要介護認定の有効期間 | 年　　月　　日 ～　　　年　　月　　日 |
| 障害者高齢者の日常生活自立度 | Ｂ１　　Ｂ２　　Ｃ１　　Ｃ２ |
| 失禁への対応としてのカテーテル使用または尿失禁の発生可能性 |  |