

主治医意見書内容確認申請書

年 月 日

(申請先)上田市長

確定申告に使用するため、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に必要な事項について、確認願います。

また、確認のため市が要介護認定に係る主治医意見書の閲覧することに同意します。

対象者	住 所	〒
	氏 名	
		代筆の場合は本人の同意を得てご記入ください 代筆者氏名 (続柄)
	介護保険 被保険者番号	
	おむつ代の 医療費控除を 受ける年数	該当するものに○をつけてください 1 年目 2 年目以降

申請者	住 所	〒
	氏 名	
	続 柄	
	連 絡 先	

《上田市記入欄》

審査会日	年 月 日	意見書作成日	年 月 日
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	障害高齢者 自立度	B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2
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もしくは発生可能性	あり なし	おむつ代の医療費控除 を受ける年数	1 年目 ・ 2 年目以降
認定結果	該 当 ・ 非該当		