

主治医意見書記載事項確認願い兼確認書

令和 年 月 日

伊勢市長 様

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に必要な事項について、確認願います。

申請者 住所

氏名

対象者 住所

氏名

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○） 1年目 2年目以降

- 
- ・主治医意見書の作成日 令和 年 月 日
- ・要介護認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日  
（おむつ代の医療費控除を受けるのが1年目であり、有効期間が連続する複数の要介護認定を受けている場合には、これらの認定に係る有効期間（医療費控除を受けようとする年以降のものに限る。）の全てを合算した期間）
- ・障害高齢者の日常生活自立度  
（寝たきり度 BまたはC） 該当する 該当しない
- ・尿失禁の発生可能性  
又は失禁への対応としてのカテーテル使用 あり なし

上記のとおり、確認しました。

令和 年 月 日

伊勢市長 鈴木 健一 印

事務処理欄

申請者の 本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他(                    )	受付印