

# 主治医意見書記載内容確認書交付申出書

(おむつ使用証明書に準じる確認書交付申出書)

令和 年 月 日

中川村長様

(申請者)

住所: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

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、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。

対象年	令和 年分 ← 認定を必要とする年(税の控除を受ける年)をご記入ください。			
対象者	住所		性別	男・女
	氏名		生年月日	年 月 日
	介護保険被保険者番号	00	要介護度	
同意欄	<input type="checkbox"/> 主治医意見書記載内容確認書交付申出にあたり、対象者の要件を確認するために、介護保険要介護認定情報を利用することに同意します。			

※上記の個人情報利用に同意される場合は、同意欄へ☑してください。

中川村確認欄

介護度	認定期間		意見書記載日	寝たきり度	失禁
	開始日	月数			