

様式第1号(第3条関係)

おむつ代の医療費控除に係る介護保険に関する確認申請書

平成 年 月 日

みどり市長 様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平成 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。

住所 _____

氏名 _____ 印

被保険者番号 _____

(介護保険被保険者証に記載されている10桁の番号)

市確認欄

1、主治医意見書の作成日	平成 年 月 日
2、要介護認定の有効期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日
2、障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	B1 B2 C1 C2
3、尿失禁の発生可能性	あり ・ なし