

主治医意見書内容確認依頼書

年 月 日

刈谷市長

確定申告に使用するので、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。

対象者	被保険者番号	0	0	0	0	0						生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
	氏名											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		
	住所															

申出者	氏名					本人との関係					
	住所	〒 電話番号 () -									

備考	受付者 ()	チェック項目									
		1年目 2年目以降		☐ ☐		おむつ使用年		年			
		おむつ使用年の 意見書作成	1年目 有	使用年の認定期間6ヶ月以上 (連続した合算も可) ※要介護認定の有効期間のみ控除の対象				開始日 年 月 日 終了日 年 月 日			
			2年目 以降有	作成日		年 月 日					
			2年目 以降無	使用年時点で有効な認定期間が 13ヶ月以上				開始日 年 月 日 終了日 年 月 日			
				上記意見書の作成日				年 月 日			
		寝たきり度	B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2	尿カテーテル 尿失禁		☐ ☐					