おむつ代医療費控除に係る主治医意見書記載内容確認申出書

　　年　　月　　日

広陵町長　　　　　　　　殿

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち　　　　年中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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者欄 | フリガナ |  | 被保険者との関係 | □被保険者本人□親族（続柄　　　　　　　　　　　）　□法定代理人　　　 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒電話番号　　　　（　　　　） |
| 対象者（被保険者）欄　（注１） | フリガナ |  | 被保険者番　　号 | ０ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  |
| 氏　名 |  |
| 要介護認定 | 要介護　１　２　３　４　５　　要支援　１　２ |
| 有効期間　　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　　　　（　　　　） |
| 生年月日 | 明治　・　大正　・　昭和　　　　年　　　月　　　日 |
| 　※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　 |
| 被保険者同意欄　（注２） | 　私は、上記の申請者が次の者であることを証するとともに、広陵町が保有する私の個人情報を、上記の申請者に提供することについて同意します。* 私の親族（続柄　　　　　　　）

　　　　　本人（被保険者）署名　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　）　　　　　代筆者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

1. 申請者が被保険者本人である場合は、記入不要です。
2. 申請者が被保険者本人または法定代理人でない場合に、署名して下さい。被保険者本人の身体上の理由等により

自署ができない場合は、申請者による代筆をもって、本人自署に準ずるものとして取り扱うものとします。

．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．　※以下は記入しないで下さい。

　【広陵町処理欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 意見書記入日 | 　 　　年 　　　月　　　 日  |
| 日常生活自立度 | 正常・J１・J２・Ａ１・Ａ２ | Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２  |
| 尿失禁の可能性 | 　　　 な し　　　　 | 　　　 　あ　　 り |
| 確認書交付 | 非該当 | 該　　当 |
|  備 　 　考 |  |