

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書の内容確認申請書

令和 年 月 日

(あて先) 鎌倉市長

申請者 住 所
氏 名
電 話 — —
被保険者との続柄

確定申告に使用するので、下記の者の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、介護保険主治医意見書の記載内容の確認書の交付を申請します。

被保険者

被保険者番号	000
フリガナ	
氏 名	
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○をしてください。)
1年目 ・ 2年目以降

事務処理欄

主治医意見書作成日	年 月 日
要介護認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
障害高齢者の日常生活自立度	B 1 B 2 C 1 C 2
失禁への対応としてのカテーテル使用または尿失禁の発生可能性	あり