

主治医意見書内容確認依頼書

〇〇年〇〇月〇〇日

刈 谷 市 長

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、 〇〇 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	0000000000	生年月日	明治 太正 昭和	〇〇年〇〇月〇〇日
	氏 名	刈 谷 太 郎		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	刈谷市東陽町1－1			

申出者	氏 名	刈 谷 花 子	本人との関係	妻
	住 所	〒 448－8501 電話番号 (0566) 62－1013 刈谷市東陽町1－1		

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	☐ ☐			