

おむつ費用の医療費控除に係る
確 認 書 交 付 申 出 書

年 月 日

大和高田市長 様

住 所 大和高田市

申請者 氏 名

電話番号 ()

確定申告に使用しますので、要介護認定に係る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（2年目以降）に必要な事項について、確認願います。

対 象 者 氏 名	介護保険被保険者番号										
フリガナ	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; text-align: center;">生 年 月 日</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">性別</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">大・昭</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td></td> </tr> </table>	生 年 月 日	性別	大・昭		年 月 日					
生 年 月 日	性別										
大・昭											
年 月 日											
住 所	大和高田市										
確認事項 1. 主治医意見書の作成日 2. 要介護認定の有効期間 3. 障害高齢者の日常生活自立度 4. 尿失禁の発生可能性	受 付 印 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>										