

おむつ使用に係る主治医意見書内容確認書交付申請書

令和 年 月 日

盛岡市長 様

(申請者) 住所

氏名

対象者との関係 ( )

電話

税の申告に使用するので、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（2年目以降）に必要な事項について、確認書の交付を申請します。

|      |        |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             |
|------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|------|-------------|
| 被保険者 | 氏名     |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |
|      | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 性別   | 男 女         |
|      | 住所     |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             |

※ 主治医意見書内容確認書に記載される項目は「主治医意見書の作成日」「要介護認定の有効期間」「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」「尿失禁の発生可能性」です。

※ 主治医意見書内容確認書の交付申請ができるのは原則として、被保険者本人、家族（生計を一にする者）、扶養義務者です。

(以下は記入しないでください。)

＜盛岡市処理欄＞ 決裁日 令和 . . 文書番号 ( - )

上記申請について、次のとおり内容を確認しましたので、主治医意見書内容確認書を交付してよろしいか。

|           |     |           |    |    |    |
|-----------|-----|-----------|----|----|----|
| 控除 2 年目以降 |     | 口頭確認・書面確認 |    |    |    |
| 意見書作成日    |     | 令和        | 年  | 月  | 日  |
| 有効期間      | 開始日 | 令和        | 年  | 月  | 日  |
|           | 終了日 | 令和        | 年  | 月  | 日  |
| 日常生活自立度   |     | B1        | B2 | C1 | C2 |
| 尿失禁       |     | あり        |    |    |    |

|    |      |    |     |    |
|----|------|----|-----|----|
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 起案者 | 公印 |
|    |      |    |     |    |

起案日 令和 . .