

介護保険主治医意見書内容確認申請書

年 月 日

（あて先）小金井市長

申請者	氏名		対象者との関係	
	住所	〒 連絡先電話番号		

下記の対象者について、確定申告に使用するため、 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、介護保険主治医意見書の内容確認書の交付を申請します。

記

対象者	被保険者番号											
	フリガナ											
	氏名											
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 〒										

市処理欄（以下は記入しないでください。）

おむつ代の医療費控除の申告が2回目以降の確認		口頭 ・ 書類（ ）									
二次審査日	年 月 日			合議体(第1・第2・第3・第4)							
認定有効期間	年 月 日 から			年 月 日まで							
意見書の記載	作成日	年 月 日			尿失禁	あり・なし					公印
	ADL	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2									
確認書の交付	適・否	交付日	年 月 日			担当					