

主治医意見書の内容確認書交付申請書

年 月 日

時津町長 様

確定申告に使用するので、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。

申請者	氏名	被保険者との続柄		
	住所	〒 電話（連絡先）		
被保険者	被保険者番号	性別	男 ・ 女	
	フリガナ			
	氏名	生年月日		
	住所	〒		
同意欄	<p>私は、時津町が私の要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認し、上記の申請者に情報提供することに同意します。</p> <p>被保険者氏名 _____ 印</p> <p>※被保険者死亡の場合は、相続人氏名の記入をお願いします。</p>			

なお、おむつに係る費用の医療費控除申告が2年目以降となることを宣誓します。

【 時津町確認欄 】

○申請者(窓口に来た方)の本人確認 運転免許証・医療保険証・その他 ()

○主治医意見書の作成日 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（寝たきり度）
B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2

審査結果	該当 非該当
------	-----------

○尿失禁の発生可能性 有 ・ 無