

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		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。 被保険者氏名 _____ ※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。			

【 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・マイナンバーカード・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