

記入例

受付

町田市おむつに係る費用の医療費控除主治医意見書確認書交付申請書

申請年月日 令和2年1月10日

(あて先) 町田市長

申請される年月日を記入してください。
(亡くなった方の申請をされる場合は、
申請年月日欄に亡くなられた日を記入してください。)

確定申告に使用するので、主治医意見書
証明(2年目以降)に必要な事項に

申請者	住所	町田市 森野二丁目2番22号	氏名	町田 太郎
				042(724)2141
対象者	住所	町田市 森野二丁目2番44号	氏名	町田 太郎
	ふりがな	まだ たろう	生年月日	明治・大正・昭和 10年10月10日
	介護保険被 保険者番号	0001111111	要介護度	介1・2・3・4・5

申請者は対象者と同じ方と
してください。※本人の成年後
見人が申請者の場合は成年後見人

郵送先は、原則として申請者ご本人(対象者)
となります。申請者以外の住所に返送を希望
される場合は、必ず理由を記入してください。

来所者 郵送先	住所	町田 花子 申請者との続柄 (子)	電話	03(5321)1111
理由	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者が入院・入所中		<input type="checkbox"/> その他()	

以下市役所使用欄

確認結果

受付番号 第 号

確認事項	①主治医意見書の作成日	年 月 日
	②要介護認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (要介護 1・2・3・4・5)
	③障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	B1 B2 C1 C2
	④尿失禁の発生可能性	あり
審査結果	<input type="checkbox"/> 発行 <input type="checkbox"/> 非該当	

申請者	免・保・マイ・他()	代理申請	免・保・マイ・他()
備考			

作成	確認