



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 年 月 日

(あて先) 町田市長

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、下記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	住所	町田市	氏名	
			電話	()
対象者	住所	町田市	確認する年分	年
	ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	氏名			
	介護保険被保険者番号	0 0 0	要介護度	介 1・2・3・4・5

来所者 郵送先	住所		氏名	申請者との続柄 ()
			電話	()
理由	<input 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