

様式第1号(第3条関係)

主治医意見書内容確認申請書

年 月 日

(あて先) 千曲市長

申請者

住 所

氏 名

連絡先

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。

被保険者

被保険者番号

おむつ代の医療費控除を受ける年数(該当するものに○)

1年目

2年目以降

(以下、市役所記入欄)

主治医意見書作成日

年 月 日

要介護認定有効期間

年 月 日 ～ 年 月 日

日常生活自立度(寝たきり度)

B1 B2 C1 C2

尿失禁の可能性

あり カテーテル使用

おむつの医療費控除

該当 ・ 非該当