# 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（該当するものに〇）

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