

年 月 日

介護保険等確認申出書

南アルプス市長 殿

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、 年に使用したオムツ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。

申出者氏名		本人との関係	
申出者住所	〒	電話番号	

* 申出者が被保険者本人の場合は、住所、電話番号は記載不要です。

被 保 険 者	被保険者番号		性別	男	女	
	フリガナ		生年 月日	明 大 昭		
	被保険者氏名			年	月 日	
	被保険者住所	〒	電話番号			
		南アルプス市				
	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			

* 市役所記入欄

主治医意見書の確認					
作成年月日の確認	年	月	日	作成	
要介護認定の有効期間	年	月	日	～	年 月 日
日常生活自立度	B1	B2	C1	C2	他()
尿失禁の発生可能性	ある	ない	失禁への対応 <small>カテーテル等</small>		ある ない
備考					
確認書交付年月日	当日	年	月	日	作成
交付方法	窓口・ 郵送				