

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
(2年目以降)に必要な事項について、確認願います。

申出者氏名	印	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		

* 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
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