主治医意見書確認申請書

令和　　年　　月　　日

大牟田市長　様

申請者　　住所

氏名

電話番号

対象者との続柄

確定申告に使用するので、要介護（要支援）認定に係る主治医意見書のうち、令和　　　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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 住　所 | 大牟田市電話番号 |
| フリガナ |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　　年　　　　月　　　日　　（　　　　歳） |
| 介護保険被保険者番号 | ０ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  |
| おむつ代の医療費控除を受ける年数 | （該当するものに○を付けてください。）１年目　・　２年目以降 |

本確認に必要な、要介護（要支援）認定に関する情報の閲覧に同意します。

[対象者氏名]　　　　　　　　　　　　　　　　[代筆者氏名]

以下市使用欄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　起案日　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　通知日　令和　　年　　月　　日

上記の申請を受け審査した結果、別紙のとおり主治医意見書確認書を交付します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付 | 申請者の身分を確認する書類 | ・介護保険被保険者証　・医療保険証　・運転免許証・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  | 起案 | 担当 | 主査 | 課長 |
|  |  |  |  |  |
| 対象者の身分を確認する書類 | ・介護保険被保険者証　・医療保険証　・運転免許証・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |