

主治医意見書の確認願い

令和 年 月 日

(あて先)寝屋川市長

(申請者) 本人または代理人 〒 -

送付先 住 所

本人または代理人

氏 名

T E L - -

本人との関係

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平成・令和 年に使用したおむつ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。

本 人	住 所	寝屋川市
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 男・女
	介護保険被保険者番号	

寝屋川市記入欄

受付印

決 裁	室 長	課 長	係 長	担当者
月 日	/	/	/	/

公印管理者認印

受付印

認定調査情報確認内容		認定日	平成・令和 年 月 日	
主治医意見書作成日	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	尿失禁の可能性		
平・令 年 月 日	B1・B2・C1・C2	あり	なし	
自立・J1・J2・A1・A2	特記事項による確認(別添付要)	確認番号		