

様 式 1

平成 年 月 日

(あて先) 入間市長

申請者 住 所  
ふりがな  
氏 名 ㊞  
 対象者との関係： 本人・同居の親族・その他( )  
電話番号

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平成\_\_\_\_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。

なお、前年のおむつ代について医療費控除を受けております。

対 象 者  ※対象者ご本人の申請の場合は被保険者番号・生年月日以外の記入は不要です。	被保険者番号	
	住 所	入間市
	<small>ふりがな</small>	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	電 話 番 号	

市確認欄（以下は記入しないでください。）

要介護状態区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
主治医同意	同意する・同意しない
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	B1 B2 C1 C2 その他
尿失禁の有無または発生の可能性	あり・なし
意見書作成日	平成 年 月 日