

様式1

令和 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

申請者本人確認書類 ☐運転免許証 ☐マイナンバーカード ☐介護保険被保険者証
☐健康保険の資格を証する書類 ☐登記事項証明書
☐その他()※本人確認書類のコピーを添付すること

確定申告に使用するので、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。

※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

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									
	ふりがな										
	氏 名										
	生 年 月 日	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	令和 年 月 日	～ 令和 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もしくは、カテーテルの使用	あり ・ なし	
意見書作成日	令和 年 月 日	