**おむつ代医療費控除に係る主治医意見書内容確認書交付申請書**

　　年　　月　　日

（あて先）　山鹿市長

　確定申告に使用するので、下記の者の主治医意見書のうち、　　　　　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、おむつ代の医療費控除に係る確認書の交付を申請します。

　また、おむつ代に係る医療費控除を受けるのが２年目以降であることに誤りがないことを申し出します。

１．申請者（窓口に来た者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者との関係 |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　） |

２．被保険者（証明が必要な人）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　所 |  | 性別 | 男・女 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明治･大正･昭和 |
| 氏　　名 |  | 　　年　　月　　日 |
| 委 任 欄 | 私は、山鹿市が私の要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認し、上記の申請者に情報提供することに同意します。委任者（被保険者）　　　　　　　　　　　　印 |

　　　　　　　　　　　　　※被保険者死亡の場合は、相続人氏名の記入・押印をお願いします。

以下は記載しないでください。

【山鹿市処理欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認事項 | ①申請者（窓口に来た方）の本人確認証 | ・ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ・運転免許証・医療保険証　等 |
| ②主治医意見書作成日（記入日） | 　　年　　月　　日 |
| ③要介護認定の有効期間 | 　　年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日 |
| ④障害高齢者の日常生活自立度 | □Ｂ１　　□Ｂ２　　□Ｃ１　　□Ｃ２ |
| ⑤尿失禁の発生可能性 | 　　　　　□あり　　□なし |
| 審査結果 | 　　　　　□該当　　□非該当 |