

介護保険法に基づく要介護認定に係る主治医意見書の内容確認申請書

令和 年 月 日

鹿屋市長 様

(申請者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

続柄 ( ) 電話番号 ( )

確定申告に使用するので、下記の対象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に必要な事項について、確認願います。

|     |        |  |      |          |
|-----|--------|--|------|----------|
| 対象者 | 住所     |  |      |          |
|     | フリガナ   |  | 生年月日 | 明治・大正・昭和 |
|     | 対象者氏名  |  |      | 年 月 日    |
|     | 被保険者番号 |  |      |          |

※ 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

【市使用欄】

|      |  |       |  |
|------|--|-------|--|
| 本人確認 | <input type="checkbox"/> 運転免許証<br><input type="checkbox"/> マイナンバーカード<br><input type="checkbox"/> 介護保険証<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | 代理人確認 | <input type="checkbox"/> 委任状<br><input type="checkbox"/> 運転免許証<br><input type="checkbox"/> マイナンバーカード<br><input type="checkbox"/> 介護保険証<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|------|--|-------|--|