

おむつ代の医療費控除のための主治医意見書の内容確認書発行申請書

(あて先) 福岡市_____福祉事務所長 様 年 月 日

確定申告で、おむつ代の医療費控除を申請するにあたり、_____年 に使用したおむつ代の証明のために必要な
要介護認定に係る主治医意見書の内容について確認願います。

対象者 (申請者)	ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	氏名			
	住所 〒		介護保険証の被保険者番号	
	(電話)			
			本人確認書類 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()	
※ おむつ代の医療費を受ける年数 (該当するものに○)				
1年目 ・ 2年目以降				

* 上記対象者のご遺族が申請する場合はご記入ください。				
ご遺族 (申請者)	ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	氏名			
	住所 〒		対象者との続柄	
	(電話)		()	
			本人確認書類 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()	

* 対象者またはご遺族に代わって手続きを行う場合はご記入ください。 (成年後見人による手続きの場合を含む)				
代行者等	ふりがな		本人確認書類	
	氏名	対象者との関係 ()	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	住所 〒	電話 ()		

送付先	<input type="checkbox"/> 郵送を希望する。	<input type="checkbox"/> 窓口での交付を希望する。
	<input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/> ご遺族 <input type="checkbox"/> 代行者	

備考

以下、福祉事務所記入欄

<table border="1"> <tr> <td>課長</td> <td>係長</td> <td>係員</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	課長	係長	係員				起案日	年	月	日	<table border="1"> <tr> <td>受付者</td> <td>受付日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	受付者	受付日		
	課長	係長	係員												
受付者	受付日														
決裁日	年	月	日												
施行日	年	月	日												
<p>内容確認対象者について、主治医意見書の内容を確認した結果、</p> <p>(確認書の発行 ・ 確認書の発行不可説明)</p> <p>を行ってよろしいか。</p>															
<p>(確認結果)</p> <p><input type="checkbox"/> 主治医意見書作成日 (年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 要介護認定の有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 障害高齢者の日常生活自立度 (非該当 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2)</p> <p><input type="checkbox"/> 尿失禁の発生可能性 (あり ・ なし)</p> <p><input type="checkbox"/> 主治医の同意 (あり ・ なし)</p>															

※主治医意見書の写しを決裁に添付すること。