

年 月 日

東近江市長 様

確定申告に使用するので、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、確認願います。

| | | | | |
|-----|----|--|---------|-------------------|
| 申請者 | 住所 | | | |
| | 氏名 | | 対象者との関係 | |
| 対象者 | 住所 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 氏名 | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 |

《処理欄》

主治医意見書確認書 発行

- ◆主治医意見書の作成日 年 月 日
- ◆要介護認定の有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日
- ◆障害高齢者の日常生活自立度 B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2
- ◆尿失禁の発生可能性 あり

主治医意見書に該当の記載なし

来庁者：住所（ ）氏名（ ）

来庁者確認：運転免許証・保険証・その他（ ）

| | | |
|-----|-----|--------|
| 確認欄 | 確認者 | 受付・発行者 |
| | | |