

様式第1号（第5条関係）

おむつに係る費用の医療費控除証明申請書

年　月　日

川西町長　　様

申請者　住所 _____
氏名 _____
続柄（　　）
電話番号（　　）

次の介護保険被保険者が　　年に使用したおむつに係る費用について医療費控除を受けたいので、その者のおむつの使用の証明に必要な事項について、その者の主治医意見書の確認をお願いします。

介護保険 被保険者	住 所	
	氏 名	
	被保険者番号	
	生 年 月 日	年 月 日

※申請者が、本人以外の場合に記入

私の介護保険要支援認定及び要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認することについて承諾します。

年　月　日

被保険者氏名 _____

【町記入欄】※以下は、記入しないでください。

認定有効期間		主治医意見書 作成日	障害高齢者の 日常生活自立度				「尿失禁への対応」 としての カテーテルの使用		
～		年　月　日	B1	B2	C1	C2		有	無
尿失禁 発生可能性		判定結果							
有	無	該当	非該当						