

第1号様式（第4条関係）

年 月 日

介護保険要介護認定の主治医意見書の記載事項確認申出書

世田谷区長あて

所得税の確定申告に使用するため、介護保険の要介護認定の際に作成している主治医意見書の記載事項のうち、\_\_\_\_\_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、確認を依頼します。

|                            |                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護保険被保険者番号                 | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            |                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者住所 世田谷区                |                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名                     |                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 代理人住所                      |                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 代理人氏名                      |                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号                       |                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者との関係                   |                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

事務処理経過欄（この欄には記入しないで下さい）

| 確認結果      | 交付年月日 | 処理メモ欄 | 本人確認  |     |     |
|-----------|-------|-------|-------|-----|-----|
| 交付<br>非交付 |       |       | 身分証明書 | 保険証 | その他 |