

主治医意見書記載内容確認書交付申請書

年 月 日

鶴 岡 市 長 様

〒

申請者 住 所 鶴岡市

氏 名

電話番号 続柄

確定申告に使用するので、下記の者に係る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）に必要な記載事項の確認証を交付くださるよう申請します。

対 象 者	住 所	鶴岡市		
	氏 名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	被保険者番号		性 別	男 ・ 女

注) 申請者は申請者住所・氏名及び太線内を記入。

以下、長寿介護課記入欄

起案 年 月 日

決裁 年 月 日

介護度	意見書作成日	認定有効期間	日常生活自立度	尿失禁
			B1・B2・C1・C2	あり

伺 上記申請を受け、別紙のとおり確認書を交付してよろしいか。

主任	専門員	主 査	課長補佐	課 長