年　　月　　日

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合

理事長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先）住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　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に必要な事項について、確認願います。

* 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

記

対象者住所・氏名及び被保険者番号

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　　所 |  |
| 氏　　　　名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個 人 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

組合記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 主治医意見書作成年月日 | 障害高齢者の日常生活自立度 | 尿失禁の発生可能性 | 医師の同意 |
|  |  |  |  |
| 事務局長 | 総務課長 | 合議 | 主務 |
|  |  |  |  |