

様式

介護保険おむつ使用証明書交付申請書

中新川広域行政事務組合 管理者 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	1年目 2年目以降 (該当するものに○)	申請年月日	年 月 日
申請者氏名		被保険者 との関係	
申請者住所	〒 電話番号 ー		

※申請者が被保険者と別居の場合は、委任状が必要です。

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ					性 別	生 年 月 日				
	氏 名					男・女	明・大・昭 年 月 日				
	住 所	〒 電話番号 ー									

委 任 状	
中新川広域行政事務組合 管理者 様	
私は上記申請者に、介護保険おむつ使用証明書交付申請および証明書の受領を委任します。	
年 月 日	
被保険者氏名 _____	

※保険者記入欄

意 見 書 項 目	作 成 年 月 日	年 月 日作成									
	障害高齢者の 日常生活自立度	正常	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2	
	尿失禁の可能性	なし					あり				
	証 明 の 判 定	対象外					対 象				