

# 主治医意見書記載内容確認書交付申請書

年 月 日

播磨町長 様

確定申告や町・県民税申告等所得申告に使用するため、主治医意見書のうち、                     **年中**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。

なお、おむつ代の医療費控除申告が、2年目以降であることを宣誓します。

申請者	氏名		被保険者からみた続柄	
	住所	〒		
電話番号				

被保険者	被保険者番号		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	フリガナ		生年月日	大・昭・平 年 月 日
	氏名			
	住所	〒		

委任欄	私は、播磨町が上記の申請者に、私の主治医意見書の内容を確認し、情報提供することに同意します。		
	委任者（被保険者） ※自筆 _____ （代筆の場合） 代筆者氏名 <span style="float: right;">続柄（      ）</span>		

※申請者が被保険者本人の場合は、記入は不要です。  
 ※被保険者死亡の場合は、相続人氏名の記入をお願いします。

(以下は記載しないでください)

-----  
**【播磨町処理欄】**

確認事項	①申請者（窓口に来た方）の本人確認書類	運転免許証・医療保険証・その他（      ）
	②主治医意見書作成日（記入日）	年 月 日
	③要介護認定の有効期間 （主治医意見書の作成日が前年の場合）	年 月 日 ～ 年 月 日
	④障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
	⑤尿失禁の発生可能性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	審査結果	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当