年分

主　治　医　意　見　書　確　認　依　頼　書

年　　月　　日

東久留米市長　殿

申請者　住所

氏名

電話

続柄

下記の者について、所得税、市都民税の申告に使用するため、主治医意見書のうち上記対象年に使用したおむつ代の医療費控除の証明（2年目以降）に必要な事項について、確認を依頼します。

また、必要事項の確認のために、主治医意見書を閲覧することについて同意します。

対象者	介護保険被保険者番号	
	住所	東久留米市
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日　生

市役所確認欄

認定番号	－
発行日	年　月　日

1. 主治医意見書の作成日	年　月　日
2. 要介護認定の有効期間	年　月　日　～　年　月　日
3. 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	B1　B2　C1　C2
4. 尿失禁の発生可能性	あり　なし

決裁

課長	係長	担当	確認	公印