

(あて先) 岡山市長

〒 _____
住所 _____
(Tel _____)

申請者

氏名 _____

続柄: 1. 対象者(本人) 2. 代理人 3. 相続人 4. 後見人等

確定申告に使用するので、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、要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認願います。

対象者 (本人)	住 所	岡山市 区									
	(ふりがな) 氏 名	(性別: 男・女)									
	生年月日	明 治	・	大 正	・	昭 和	年	月	日	(歳)
介護保険被保険者番号		0	0	0							
対象期間		1. 年分 2. 年分～ 年分※おむつ使用証明書(写し)が必要									
資料活用 への同意 欄 <u>記入必須</u>	認定にあたって、要件確認のため、私の介護保険要介護認定等情報を活用することに同意します。										
	①対象者(本人) 署名 _____ ※記入必須 (本人が署名困難な場合、同意を得た上で代筆) _____ (代筆者氏名) _____ (対象者との続柄: _____)										
	②対象者が _____ 年 月 日死亡のため同意を得ることができません。										

◎本人(対象者)以外へ認定書の送付を希望する場合は、以下に本人から署名をもらってください。

※相続人、後見人等の場合は記入不要

認定書申請に関する 委任欄	私は、申請及び認定書の受取りを、上記申請者(2. 代理人)に委任します。										
	対象者(本人) 署名 _____ (本人が署名困難な場合、同意を得た上で代筆) _____ (代筆者氏名) _____ (対象者との続柄: _____)										
	----- (以下は記入しないでください) -----										

年 月 日時点の状況

福祉事務所記入欄

申請者	確認書類等	申請者の身分証等
<input type="checkbox"/> 対象者(本人)		
<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 委任状(委任欄)	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証
<input type="checkbox"/> 相続人	<input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> 戸籍 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード
<input type="checkbox"/> 後見人等	<input type="checkbox"/> 登記 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> その他()
要介護認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日	交付書類
主治医意見書作成日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 確認書
寝たきり度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	<input type="checkbox"/> 確認書(非該当)
尿失禁の発生可能性	あり ・ なし	