

おむつ代に係る医療費控除確認願い兼確認書

令和 年 月 日

度会町長 様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和 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。

申請者 住所 _____
氏名 _____
対象者との続柄 _____
対象者 住所 _____
氏名 _____
被保険者番号 _____
生年月日 _____

※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

（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 ※おむつ代の医療費控除を受けるのが1年目であり、有効期間が連続する複数の 要介護認定を受けている場合には、これらの認定に係る有効期間（医療費控除を 受けようとする年以降のものに限る。）の全てを合算した期間を記載する。
（3）障害高齢者の 日常生活自立度 （BまたはC）	該当する 該当しない
（4）尿失禁の発生 もしくは発生可能性、 失禁への対応としての カテーテル使用	あり なし

上記のとおり、確認しました。

令和 年 月 日

度会町長

印

事務処理欄

申請者の 本人確認	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 介護保険被保険者証 ☐ その他 ()	受付印	担当者
			確認者