

医療費控除に係るおむつ使用確認依頼書兼確認書

令和 年 月 日

名取市長 あて

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                          |             | 続柄     |       |
| 認定者 | 住所                          |             |        |       |
|     | 氏名                          |             |        |       |
|     | 生年月日                        | 大正 昭和 年 月 日 | 被保険者番号 |       |
|     | 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 |

私は上記の申請者に対し、私の介護保険主治医意見書の内容を確認し、情報を提供することに同意します。(※申請者が本人の場合は記入不要です)

① 認定者氏名 (自署) \_\_\_\_\_

② 自署困難なため①を代署 \_\_\_\_\_ (対象者との続柄 \_\_\_\_\_)

③ 対象者が \_\_\_\_\_ 年 月 日死亡のため自署及び同意を得ることができません。

※認定者が自署困難な場合は、本人に説明し同意を得た上で代署してください。

(名取市確認欄)

令和 年 月 日

名取市長 山田 司郎

あなたからの申出に基づき、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、上記認定者の主治医意見書を確認したところ、下記のとおりです。

1. 主治医意見書の作成日  
※複数の要介護認定に係る複数の意見書がある場合は、最も新しいものの作成日を記載すること。  
令和 年 月 日
2. 要介護認定の有効期間 (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)  
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
3. 障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) (該当するものに○)  
※複数の要介護認定がある場合は、最も軽度の区分に○をつけること。  
B1 B2 C1 C2
4. 失禁への対応としてのカテーテル使用又は尿失禁の発生若しくは発生可能性あり
- ※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

|                                |                                  |                                |                                  |
|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 【市処理欄】申請者確認                    |                                  |                                |                                  |
| <input type="checkbox"/> 運転免許証 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード | <input type="checkbox"/> 健康保険証 | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |