

医療費控除に係るおむつ使用確認依頼書兼確認書

申請日を記入してください。

令和〇年〇〇月〇〇日

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、令和〇年〇月〇日
証明に必要な事項について、確認願います。

年に使

太枠内に住所・氏名等を記入してください。

申請者	住所	名取市増田字柳田 8 0 番地		
	氏名	名取 太郎	続柄	長男
認定者	住所	名取市増田字柳田 8 0 番地		
	氏名	名取 花子		
	生年月日	大正 昭和 〇年〇〇月〇〇日	被保険者番号	0000123456
	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） 名取 花子
- ② 自署困難なため①を代署 名取 太郎 （対象者との続柄 長男 ）
- ③ 対象者が 〇〇年〇〇月〇〇日死亡のため
- ※認定者が自署困難な場合は、本人に説明し

- ① 要介護（要支援）認定者本人が自署してください。
- ② ①を本人が自署困難な場合は、①を代署し、②に代署者名を署名してください。
- ③ 本人がすでに死亡している場合は、死亡日のみ記入してください。

（名取市確認欄）

名取市長 山田 司郎

ここは記入しないでください

あなたからの申出に基づき、令和〇年〇月〇日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。

令和〇年〇月〇日

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）

令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日

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

申請する方の本人確認ができるもの（運転免許証、マイナンバーカード等）をお持ちください。

【市処理欄】申請者確認

☐運転免許証 ☐個人番号カード ☐健康保険証 ☐その他（ ）