

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、 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、確認願います。

Table with 4 columns and 4 rows for applicant and certifier information, including fields for address, name, birth date, and insurance status.

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
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、 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
2. 要介護認定の有効期間
3. 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）（該当するものに○）
4. 尿失禁の発生可能性

【市処理欄】

Table for municipal processing with checkboxes for '申請者確認', '運転免許証', '個人番号カード', '健康保険証', and 'その他'.