

おむつ代医療費控除対象者確認申請書

年 月 日

養父市長 様

下記の者について、確定申告に使用するため、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に必要な事項の確認を願います。

住 所	〒		
氏 名			
介 護 保 険 被保険者番号		生年月日	(大正・昭和) 年 月 日

代理人氏名（本人以外 が申請する場合）※		本人との 続 柄	
代理人住所（本人以外 が申請する場合）	〒		
連絡先電話番号			

※代理人が申請する場合は、確認書は代理人の住所に送付します。

（市確認欄）以下は記載しないでください。

- 主治医意見書作成日 年 月 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。
- 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]
- 障害老人日常生活自立度（該当するものに○印）
※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。
B 1 B 2 C 1 C 2 その他
- 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
（該当するものに○印） 記載の有無 あり なし
- おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに○印）
1年目 ・ 2年目以降