**おむつ代医療費控除証明事項確認申出書兼確認書**

令和　　年　　月　　日

福　津　市　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。

住所

氏名

被保険者番号

（申請者）住所

　　　　　　　　　　　　　　氏名（※）　　　　　　　　（続柄：　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　（※自署または記名押印）

　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　※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

　令和　　年　　月　　日

住所

氏名 　 様

　 福津市長 　福　井　崇　郎

貴方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、　　　　　　　様の主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。

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。

年　　月　　日

1. 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（医療費控除をう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

年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日

1. 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