

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 原 崎 智 仁

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

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

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。

B 1 B 2 C 1 C 2

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