おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書確認書交付申請書

令和　　年　　月　　日

（宛先）富士見市長

申請者

住　　所

氏　　名

電話番号

続　　柄

下記の者について、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。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住　　所 |  |
| 介護保険被保険者番号 |  |

※　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

|  |
| --- |
|  |

以下市役所記入欄

　　□　当該年に要介護認定を受けており、当該認定を含む複数の要介護認定で有効期間を合算して６か月以上となる。

　　□　主治医意見書は上記の要介護認定の審査に当たり作成されたものである。

　　□　障害高齢者の日常生活自立度がＢ１～Ｃ２である。

　　□　「失禁への対応」としてのカテーテルの使用、または、尿失禁（の発生もしくは発生可能性のいずれか）

にチェックがある。

※上記の要件を充たす主治医意見書に係る要介護認定の有効期間（当該年以降のものに限る。）における

使用に係るおむつ代のみ医療費控除の対象として認められる。

　上記により、おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書確認書を交付してよろしいか伺います。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁年月日 | 課　長 | 副課長 | 主　査 | 担　当 | 認定書発行年月日 |
| ．　　． |  |  |  |  | ．　　． |