

おむつ代の医療費控除に係る確認申請書

令和 年 月 日

大山崎町長様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和 年中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。

(申請者)

住所 _____ ☎ () _____

氏名 _____ 対象者との関係 _____

(対象者)

住所 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

氏名 _____ 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

おむつ代の医療費控除に係る確認証明書

上記の申請に基づき、令和 年中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、被保険者の主治医意見書を確認したところ、以下のとおり相違ありません。

1. 主治医意見書の作成日 _____ 令和 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。

2. 要介護認定の有効期間 _____ 令和 年 月 日から令和 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。

3. 障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) _____ B 1 B 2 C 1 C 2

※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。

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 _____ あり

※おむつ代の医療費控除を受ける年数 _____ 1年目 _____ 2年目以降

令和 年 月 日

京都府乙訓郡大山崎町長

前川 光