

おむつ代に係る医療費控除確認書交付申請書

年 月 日

高浜町長 様

確定申告に使用するので、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について、確認願います。

被保険者番号			
氏名		電話番号	
住所			
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	
（代理人による申請の場合以下も記載）			
代理人氏名		本人との関係	
代理人住所		電話番号	

おむつ代に係る医療費控除確認書

年 月 日

住所

氏名

様

高浜町長

貴方からの申出に基づき、\_\_\_\_\_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、貴方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）

\_\_\_\_\_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

<問い合わせ先>

高浜町保健福祉課 0770-72-5887