

おむつ代の医療費控除に係る確認証明願

令和5年以前

年 月 日

(あて先) 会津若松市長

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（2年目以降）に必要な事項について確認願います。

申請者（窓口に来られた方）

住 所 _____ TEL _____

氏 名 _____ （ 被保険者との続柄 _____ ）

被保険者（おむつを使用した方）

住 所 _____

氏 名 _____ 介護保険被保険者番号 _____

生年月日 年 月 日

おむつ代の医療費控除に係る確認証明書

上記の申し出に基づき、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、以下のとおりです。

年 月 日

会津若松市長 室井 照平

1. 主治医意見書の作成日 年 月 日

2. 要介護認定の有効期間 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） B 1 B 2 C 1 C 2

（該当するものに○）

4. 尿失禁の可能性 あり

受付番号 _____