

おむつ代の医療費控除に係る確認証明願

令和5年以前

上段、確認証明願欄を記入してください

年 月 日

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち令和 5 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。

おむつを使用した年
を記入

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 _____