

おむつ代の医療費控除に係る確認証明願

令和6年以降

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

(※複数の要介護認定に係る複数の意見書がある場合は、最も新しいものの日付)

2. 要介護認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 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。) のすべてを合算した期間。)

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○)

4. 失禁への対応としてカテーテル使用または尿失禁の発生もしくは可能性 _____ あり

5. おむつ代の医療費控除を受ける年数 1 年目 2 年目以降 (該当するものに○)

受付番号 _____