

おむつ代の医療費控除に係る確認証明願

令和6年以降

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 6 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。

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 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

おむつ代の医療費控除を初めて受ける場合は1年目、それ以外は2年目以降に○

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 _____