おむつ代の医療費控除証明事項確認申請書

フリガナ		保険者番号	432047
被保険者氏名		被保険者番号	000
生年月日	明・大・昭　年　月　日生	性別	男 ・ 女
住所	〒		

荒尾市長 様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和　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。

令和　年　月　日

申請者

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号 （　） ＿＿＿＿

※おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当する者に○）　1年目　2年目以降

―主治医意見書等確認欄―

1.主治医意見書の作成日　令和　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、最も新しいものの作成日を記載すること

2.要介護認定の有効期間のすべてを合算した期間

※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、有効期間のすべてを合算すること（6ケ月以上）

令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日

3.障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）　B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2

※3. 心身の状態に関する意見（1） →B1以上
※複数の要介護認定がある場合は、最も軽度の区分に○印

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

※2. 特別な医療：失禁への対応 →㋑カテーテル
※4. 生活機能とサービスに関する意見（3） →㋑尿失禁