おむつに係る医療費控除確認書交付申出書

　令和　　年　　月　　日

白子町長様

　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。

住　　所

氏　　名

被保険者番号

※おむつ代の医療控除を受ける年数（該当するものに〇）

１年目　　2年目以降

令和　　年　　月　　日

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　様

白子町長　石井 和芳

　貴方からの申出に基づき、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、貴方の主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。

1. 主治医意見書の作成日

　※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。

令和　　年　　月　　日

1. 要介護認定の有効期間（おむつ代の医療控除を受けるのが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。）の全てを合算した期間）

令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

1. 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）　（該当するものに○）

　※複数の要介護認定がある場合は、最も軽度の区分に〇をつけること。

Ｂ１　　　Ｂ２　　　Ｃ１　　　Ｃ２

1. 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

※　　おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに〇）

　　 　　１年目　　 ２年目以降