

由利本荘市長 様

申請者

氏 名

住 所

おむつ代医療費控除確認書 交付申請書

令和 年に使用したおむつ代に関して、確定申告に使用する為、主治医意見書のうち医療費控除の証明に必要な事項について確認願います。

なお、由利本荘市が要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認することに同意します。

対象者	フリガナ										生 年 月 日
	氏 名										大正・昭和 年 月 日
	住 所	由利本荘市									
	介 護 保 険 被保険者番号										
おむつ代の医療費控除を受ける 年数（該当する方にレ点）		☐ 1 年目 ☐ 2 年目以降									

【確認事項】

- ◎ 1 年目）要介護認定期間が連続して6 ヶ月以上であること
- ◎ 2 年目）当該年中に意見書が作成されている、または、要介護認定期間が1 3 ヶ月以上、または、当該年を含む要介護認定があること（フロー参照）
- ◎ 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）が「B 1～C 2」であること
- ◎ 主治医意見書「2 カテーテル使用」または「4－3 尿失禁」が「あり」であること

課 長	参 事	課長補佐	課 員	受 付