

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書確認書交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 富士見市長

申請者

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

続 柄 _____

下記の者について、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（2年目以降）に必要な事項について確認願います。

記

対象者	氏 名	
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日
	住 所	
	介護保険被 保険者番号	

以下市役所記入欄

- 要介護（支援）認定を受けている。
- 主治医意見書はおむつを使用したその年又はその前年に作成されたものである。
※前年に作成されたものである場合は、要介護（支援）認定の有効期間が13月以上であり、おむつを使用したその年に主治医意見書が作成されていない。
- 障害高齢者の日常生活自立度がB1～C2である。
- 尿失禁にチェックがある。

上記により、おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書確認書を交付してよろしいか伺います。

決裁年月日	課 長	副課長	主 査	担 当	認定書発行年月日
・					・