

おむつ代医療費控除証明の交付申請書兼確認書

令和 年 月 日

山県市長 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。

申請者

氏名		生年月日	昭・平 年 月 日
住所			
電話		続柄	

被保険者

氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日
住所			
被保険者番号			

おむつ代の医療費控除を受ける年数	1 年目 ・ 2 年目以降
------------------	---------------

(山県市確認欄)

令和 年 月 日

被保険者

住所

氏名 様

山 県 市 長

貴方から申出に基づき、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。

主治医意見書の作成日 ※1	令和 年 月 日
要介護認定の有効期間 ※2	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) ※3	B 1 B 2 C 1 C 2
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の可能性	あり
おむつ代の医療費控除を受ける年数	1 年目 ・ 2 年目以降
山県市紙おむつ購入助成の有無 ※4	あり ・ なし

※1 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 おむつ代の医療費控除を受けるのが1年目であり、有効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です。
※3 複数の要介護認定がある場合は、最も軽度の区分に○がついています。
※4 山県市紙おむつ購入助成「あり」の場合、その金額を医療費控除の「補てんされる金額」に含めて申告してください。