

年 月 日

由利本荘市長 湊 貴信 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 年使用了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（2年目以降）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										
	介護保険 被保険者番号										

【確認事項】

- ◎ 主治医意見書作成日がおむつを使用した「当該年」のものであること
※但し、当該年以前の作成日の場合は、要介護認定有効期間が13ヶ月以上であること
- ◎ 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）が「B1～C2」であること
- ◎ 主治医意見書4-3尿失禁の発生の可能性が「あり」であること

課 長	参 事	課長補佐	課 員	受 付