

おむつ代の医療費控除の証明に係る必要事項確認依頼書兼確認書

令和 年 月 日

鹿児島市 介護保険担当課長 殿

(申請者) 住 所 _____
氏 名 _____
続 柄 () 電話番号 (-)

確定申告に使用するのので、主治医意見書のうち、平成・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の確認をお願いします。

対 象 者	住 所			
	氏 名			
	被保険者番号	生年月日	明・大・昭	年 月 日

※おむつ代の医療費控除を受ける年数 (該当するものに○)
1年目 2年目以降

(鹿児島市確認欄)

あなたからの申し出に基づき、平成・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、対象者の主治医意見書等を確認したところ、以下のとおりです。

1 主治医意見書の作成年月日 ※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。	平成・令和 年 月 日
2 要介護認定の有効期間 ※おむつ代の医療費控除を受けるのが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	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日
3 障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) ※複数の要介護認定がある場合は、最も軽度の区分に○をつけること。	B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2
4 尿失禁の可能性又はカテーテルの使用	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○)
1年目 2年目以降

※ 市処理欄

窓口受付	認定係確認

鹿児島市 介護保険担当課長

確認日付 令和 年 月 日

確認印

印