

おむつ代医療費控除のための主治医意見書確認書交付依頼書

年 月 日

砥部町長

様

確定申告に使用するの、主治医意見書のうち、 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。

被保険者番号 _____

被保険者住所 _____

被保険者氏名 _____

申請者住所 _____

申請者氏名 _____

電話番号 _____

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

※2 年目以降かつ前年の申告において砥部町が主治医意見書確認書を交付していない場合、
前年の申告においておむつ代の医療費控除を受けたことがわかる書類を添付してください。

令和 年 月 日

住所

氏名

様

砥部町長

貴方からの申出に基づき、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。

1. 主治医意見書の作成日

※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。

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）

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

3. 障がい高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）（該当するものに○）

※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. 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可能性

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

（おむつ代の医療費控除を証明する期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日）