様式第１号（第３条関係）

（あて先）富谷市長　宛て　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　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。

・被保険者（確認してほしい方）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　所 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏　　名 |  | 大正・昭和　　年　月　日（　 歳） |

※おむつの医療費控除を受ける年数（該当するものに〇）　１年目　　　２年目以降

おむつ代に係る医療費控除確認書

富 長 第　　　　　号

令和　年　　月　　日

住所

氏名　 　　　　　　　様

富谷市長　若生　裕俊

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。

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．障害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。

Ｂ１　　Ｂ２　　Ｃ１　　Ｃ２

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

富谷市保健福祉部長寿福祉課

介護保険担当

℡：022-358-0513