

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○） 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。

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

富谷市保健福祉部長寿福祉課
介護保険担当
TEL：022-358-0513