おむつに係る費用の医療費控除のための意見書の確認申請

年 月 日

鯖江市長様

(〒 -)

申請者 住所 _____

氏名 _____

連絡先 _____

続柄 ()

確定申告に使用するので、_____年に使用したおむつに係る費用の医療費控除のための証明に必要な事項について、下記の被保険者に係る主治医意見書の内容の確認を申請します。

対象者	住所			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	介護保険 被保険者番号	
	・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			

※この確認書が交付できるのは裏面の事項に該当している場合のみです。

〈鯖江市確認欄〉

主治医意見書作成日： 年 月 日

介護認定有効期間： 年 月 日～ 年 月 日 (カ月)

障害高齢者日常生活自立度：B1・B2・C1・C2

尿失禁発生可能性： あり ・ なし

1. おむつ代について医療費控除を受けるのが1年目の方

対象者がおむつを使用した当該年に現に受けていた要介護認定、及び当該認定を含む複数の要介護認定（有効期間が連続しているものに限る。）で、それらの有効期間（当該年以降のものに限る。）を合算して6か月以上となるものの審査に当たり作成された主治医意見書（当該複数の認定に係る全てのもの）において、「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」がB1、B2、C1、若しくはC2（寝たきり）であり、かつ、「失禁への対応」としてカテーテルを使用していること又は尿失禁が「現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態」であること。

2. おむつ代について医療費控除を受けるのが2年目以降の方

おむつを使用した当該年に作成された主治医意見書（当該年に主治医意見書が作成されていない場合は、当該年に現に受けていた要介護認定（有効期間が13ヶ月以上のものに限る。）の審査に当たり作成された主治医意見書）において、上記1に掲げる事項の記載があること。