

(別記様式)

おむつに係る費用の医療費控除に係る主治医意見書確認証明申請書

年 月 日

八雲町長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

確定申告に使用するので、次の者に係る主治医意見書のうち \_\_\_\_\_ 年に使用したおむつに係る費用の医療費控除証明に必要な事項について、確認証明願います。

(被保険者死亡の場合、をしてください。)

住所	_____	<input type="checkbox"/> 被保険者死亡
氏名	_____	
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

確 認 証 明 書

年 月 日

介護保険被保険者  
氏名 \_\_\_\_\_ 様

八雲町長

申請に基づき、\_\_\_\_\_ 年に使用したおむつに係る費用の医療費控除の証明に必要な事項について、主治医意見書を確認し次のとおり証明します。

1 主治医意見書作成日

※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。

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

\_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 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