

医療費控除に係るおむつ使用確認申出書

(宛先)高槻市長

申出者 氏名(続柄) ()

住所

電話番号

確定申告に使用するため、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、確認をお願いします。

対象者	被保険者番号	0	0	0							
	住所										
	氏名										
	生年月日	大正・昭和 年 月 日									
	その他	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									

《本人同意欄》※申出者が本人、生計を一にする親族、後见人である場合、本人死亡の場合は不要
主治医意見書の内容を確認すること及び申出者に対し確認書を交付することに同意します。

本人署名 _____

市処理欄(記入しないでください)

共通	<input type="checkbox"/> おむつを使用した年に有効な要介護等認定(※)がある <input type="checkbox"/> 申出者の身分証確認 <input type="checkbox"/> 同意欄確認
1年目	<input type="checkbox"/> 当該認定(※)における意見書の内容が、要件(B又はCかつ尿失禁又はカテーテル)を満たしている <input type="checkbox"/> 当該認定(※)の有効期間が6か月以上ある、又は、複数の連続する有効期間の合算が6か月以上ある
2年目以降	<input type="checkbox"/> おむつを使用した年に作成された意見書があり、要件(B又はCかつ尿失禁又はカテーテル)を満たしている おむつを使用した年に意見書がない場合 <input type="checkbox"/> 当該認定(※)における意見書の内容が、要件(B又はCかつ尿失禁又はカテーテル)を満たしている <input type="checkbox"/> 当該認定(※)の有効期間が13か月以上ある
不備への対応(対応時のみ確認)	<input type="checkbox"/> 主治医意見書作成者へ電話にて、(口尿失禁 <input type="checkbox"/> カテーテル) が要件に該当することを確認済

医療費控除に係るおむつ使用確認書

住 所 _____

氏 名 _____

高 槻 市 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、対象者の主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。

1. (最新の)主治医意見書の作成日
年 月 日
2. 要介護認定の有効期間 ※連続する複数の要介護認定がある場合は、これらの有効期間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) ※連続する複数の要介護認定がある場合は、最も軽い自立度を選択
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
5. おむつ代の医療費控除を受ける年数
1年目 2年目以降