様式第１号（第４条関係）

|  |
| --- |
| 年分所得申告用 |

おむつ代医療費控除に係る確認申請書

　　年　　月　　日

たつの市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名

続柄（　　　　　　）

連絡先 　　　　（　　　　）－

おむつ代に係る医療費控除を受けるのが２年目以降であるので、主治医意見書のうち　　　　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書の交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 介護保険被保険者番号 | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
| 住 所 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 |  | | | | | 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | |

上記対象者のおむつ代の医療費控除の確認のため、たつの市長が介護保険の要介護認定等に係る医師の意見書の内容を閲覧することに同意します。

年　　月　　日

対象者氏名

（対象者が自署困難な場合は、本人に説明し理解を得た上で代書記入してください。）

**（市記入欄）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医意見書の作成日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 認定の有効期間 | | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | |
| 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） | | Ｂ１　　Ｂ２　　Ⅽ１　　Ⅽ２　　その他 | | | |
| 尿失禁の発生可能性 | | あり　　　　なし | | | |
| 確　認　結　果 | | 該当　　　　非該当：（上記「その他」または「なし」） | | | |
| 課　長 | 課長補佐 | 係 長 | 係 員 | 係 | 発行日 |
| 番　号 |