

年 月 日

酒田市長 あて

申請者 住所 _____
氏名 _____ 印 _____
対象者との関係 _____
電話番号 _____

おむつ代医療費控除の証明（2年目以降）に必要な事項の確認申請書

確定申告に使用するので、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（2年目以降）に必要な事項について、確認願います。

なお、おむつ代医療費控除の証明に必要な事項の確認申請の審査にあたり、下記対象者の介護認定申請時の主治医意見書を確認することに同意します。

対象者 (被保険者)	住 所	酒田市		
	氏 名		性別	男 ・ 女
	被保険者番号		生年 月日	明治 大正 年 月 日 昭和

※2年目であることの確認 申請者から聞き取り 前年のおむつ使用証明書

① この申請書は次の場合にご利用できます。

対象者について、おむつ代の医療費控除を受けるのが2年目以降であること、及び酒田市がおむつを使用した当該年等に作成された主治医意見書を保有していること。

② 確認証明書は、以下に該当する場合に交付いたします。

主治医意見書の内容について、「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）」の記載が「B1、B2、C1、又はC2」（寝たきり）であり、かつ「尿失禁の発生可能性」の記載が「あり」の場合。