

年 月 日

酒田市長 あて

〒

申請者 住所 _____

氏名 _____

対象者との関係 _____

電話番号 _____

おむつ代医療費控除の証明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、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。

※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

対象者 (被保険者)	住 所	酒田市		
	氏 名			
	介護保険 被保険者番号	生年 月日	明治 大正 昭和	年 月 日

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、おむつを使用した当該年において要介護認定期間が6か月以上あること。

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「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。