

(様式第1号)

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書内容確認申請書

令和 年 月 日

(あて先) 塩尻市長

(申請者)

住 所

氏 名

被保険者との関係 ( )

電話番号 ( )

確定申告等に使用するため、平成・令和 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、次の被保険者に係る主治医意見書の記載内容の確認を申請します。

被保険者番号	
被 保 険 者	(氏名)
	(住所) 塩尻市
2年目以降の確認	<input type="checkbox"/> おむつ代の医療費控除を受けるのは2年目以降です。 <input type="checkbox"/> 前年のおむつ使用証明書(写しを添付)

※おむつを使用した当該年、その前年又はその前々年(現に受けている要介護認定の有効期間が13ヶ月以上であり、おむつを使用した当該年に主治医意見書が発行されていない場合に限る。)に作成された主治医意見書を塩尻市が保有し、その記載内容の「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)」が「B1、B2、C1、又はC2」であり、かつ、「尿失禁の発生可能性」が「あり」の場合のみ確認書を交付しますので、ご承知ください。

【委任欄】※申請者が被保険者本人または同居の家族以外の場合は、被保険者本人からの委任が必要です。

私は、おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書の内容確認申請及び受領を上記申請者に委任します。

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

(※被保険者本人が自署された場合は押印不要です。)