

(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、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、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
おむつ代の医療費 控除を受ける年数	☐ 1 年目 ☐ 2 年目以降

※ おむつ代の医療費控除を受ける年数が 1 年目の場合は、おむつを使用した当該年に現に受けていた要介護認定及び当該認定を含む複数の要介護認定（有効期間が連続しているものに限る。）で、それらの有効期間（当該年以降のものに限る。）を合算して 6 ヶ月以上となるものの審査に当たり作成された主治医意見書（当該複数の認定に係る全てのもの）、2 年目以降の場合は、おむつを使用した当該年に作成された主治医意見書（当該年に主治医意見書が作成されていない場合は、当該年に現に受けていた要介護認定（有効期間が 1 3 ヶ月以上のものに限る。）の審査に当たり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「B 1、B 2、C 1、又は C 2」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。)