

おむつ代の医療費控除に係る確認書 交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 諏 訪 市 長

【申請者】 住 所 _____
氏 名 _____
対象者との続柄 ()
電話番号 () _____

確定申告に使用するので、下記対象者の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（2年目以降）に必要な事項について、確認願います。

【対象者】

住 所	長野県諏訪市									
氏 名										
被保険者番号										
生 年 月 日	明治	大正					年	月	日	昭和

< 処理確認欄 >

必 要 事 項	確 認 項 目	✓
2年目以降の確認（申請者等の申し出による確認）	確認	
主治医意見書作成日	年 月 日	
要介護認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日	
【主治医意見書 3】障害高齢者日常生活自立度（寝たきり度）	B1 B2 C1 C2	
【主治医意見書 4(3)】尿失禁の発生可能性	「尿失禁あり」にチェック	