

おむつ代の医療費控除証明に係る介護保険主治医意見書確認書

令和 年 月 日

上ノ国町保健福祉課長 様

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。

住 所

氏 名

印

被保険者番号

..... 以下は記載不要
(上ノ国町確認欄)

貴方からの申し出に基づき、_____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、貴方の主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。

1. 主治医意見書の作成日

年 月 日

2. 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度） (該当するものに○をします)

B 1 B 2 C 1 C 2 その他

3. 尿失禁の発生可能性

あり ・ なし

確認日 令和 年 月 日

確認者 上ノ国町保健福祉課

印

※この様式は、次の1～3すべてに該当する方の「おむつ使用証明書」に代わり、町が発行する「おむつ代の医療費控除確認書」を提出することにより、医療費控除の対象として申告できます。「おむつ代の医療費控除確認書」の発行には、申請が必要です。

1. 前年に、確定申告の際、おむつ代にかかる医療費控除を受けている。
2. 上ノ国町で要介護認定を受けている。
3. 介護保険の要介護認定の際に必要な主治医意見書により、寝たきりの状態であって尿失禁の状態でもあることとを主治医が記載している場合。