

おむつ代の医療費控除の証明に係る必要事項確認依頼書兼確認書

年 月 日

阿蘇市長 様

申請者（窓口に来られた方）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

続 柄（ ） 電話番号（ ）

税金の確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、\_\_\_\_\_年中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、おむつ代を医療費控除に申告するのは2年目以降であることに間違いありません。

|                  |        |     |      |       |
|------------------|--------|-----|------|-------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 住 所    | 阿蘇市 |      |       |
|                  | 氏 名    |     |      |       |
|                  | 被保険者番号 |     | 生年月日 | 年 月 日 |

※同意書（被保険者が死亡の場合は、相続人の氏名を記入し、押印してください。）

|   |
|---|
| <p>私は、上記申請者がおむつ代の医療費控除証明書の交付を申請し、受け取ることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏名（被保険者） _____ 印</p> |
|---|

（阿蘇市確認欄）

上記の申し出に基づき、\_\_\_\_\_年中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、対象者の主治医意見書等を確認したところ、以下のとおりです。

|                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| 1 主治医意見書の作成年月日         | 年 月 日                 |
| 2 要介護認定の有効期間           | 年 月 日 ~<br>年 月 日      |
| 3 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） | B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2 |
| 4 尿失禁の可能性              | あり                    |

※市処理欄

|      |       |
|------|-------|
| 窓口受付 | 認定係確認 |
|      |       |

阿蘇市ほけん課介護保険係

確認日付 \_\_\_\_\_ 年 月 日

担当者職氏名 \_\_\_\_\_ 印