

課 長	統括主幹	主 幹	担 当

確認をした結果、以下のとおりであったので、おむつ代に係る医療費控除の確認書を発行してよろしいか伺います。

(あて先) 富士市長 令和 年 月 日

確定申告に使用するので、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に必要な事項について、確認願います。

・被保険者(確認してほしい人)

被保険者番号										
住所										
氏名										

※ おむつ代の医療費控除を受ける年数(該当するものに○)
1年目 2年目以降

令和 年 月 日

住所
氏名 様

富士市長 小長井 義正
(福祉部介護保険課)

貴方からの申出に基づき、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、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

※複数の要介護認定に係る複数の意見書がある場合は、最も新しいものの作成日を記載しています。

令和 年 月 日

2. 要介護認定の有効期間(おむつ代の医療費控除を受けるのが1年目であり、有効期間が連続する複数の要介護認定を受けている場合には、これらの認定に係る有効期間(医療費控除を受けようとする年以降のものに限る。)の全てを合算した期間)

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

3. 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)

※複数の要介護認定がある場合は、最も軽度の区分に○をつけてあります。

B 1 B 2 C 1 C 2

4. 失禁への対応としてのカテーテル使用又は尿失禁の発生若しくは発生可能性
あり

※ おむつ代の医療費控除を受ける年数
1年目 2年目以降

富士市福祉部 介護保険課 認定担当
0 5 4 5 - 5 5 - 2 7 6 5