

課長	統括主幹	主幹	課僚	起案者

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