

おむつ代の医療費控除に係る確認申請書

令和 年 月 日

大山崎町長 様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平・令 年中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。

(申請者) 住所 _____

_____ ☎ () _____

氏名 _____ ⑩ 対象者との関係 _____

(対象者) 住所 _____

_____ 生年月日 _____ 年 月 日

氏名 _____ 被保険者番号 _____

おむつ代の医療費控除に係る確認証明書

上記の申請に基づき、平・令 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、被保険者の主治医意見書を確認したところ、以下のとおり相違ありません。

1. 主治医意見書の作成日 平・令 年 月 日

2. 要介護認定の有効期間
平・令 年 月 日から平・令 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. 尿失禁の発生可能性 あり

令和 年 月 日

京都府乙訓郡大山崎町長

前 川 光

申請・問合せ…大山崎町役場 健康福祉部 健康課 高齢介護係

☎ (075) 956-2101 内線137・139