**おむつ代の医療費控除に係る確認書**

証第　　　号

年 月 日

対象者（申請者） 様

恵那市長　小　坂　喬　峰

貴方からの申出に基づき、　　　　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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者 | 住 所 |  | | 氏 名 |  |
| 対 象 者 | 被保険者番号 |  | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 住 所 |  | | 生年月日 | 明治  大正 年 月 日  昭和 |
| 氏 名 |  | |
| おむつ代の医療費控除を受ける年数 | | | １年目　　・　　２年目以降 | | |
| １.主治医意見書の作成日（最も新しいもの）　　　　　　年　　月　　日 | | | | | |
| ２.要介護認定の有効期間　　　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日  （対象の認定が複数ある場合は合算期間） | | | | | |
| ３.障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）　B1　　B2　　C1　　C2  （対象の認定が複数ある場合は最も軽度の区分） | | | | | |
| ４.尿失禁の発生もしくは発生の可能性、又は失禁への対応としてのカテーテルの使用　　あり | | | | | |
| ５.（１年目のみ）上記期間が当該年中６カ月以上である | | | | | |

注　申請者は太枠内のみ記入

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市処理欄 | 決　　　裁 | | | | | | |
| 市　長 | 副市長 | 部　長 | 課　長 | 課長補佐 | 係　長 | 課　　員 |
|  |  |  |  |  |  |  |