（様式1）

令和　　年　　月　　日

三田市長　あて

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。

＜申請者（対象者）＞

住所　〒　　－

氏名　　（被保険者番号）

※　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

＜手続人＞

住所　〒　　－　　□申請者と同じ

氏名　　（続柄）　　連絡先　　－　　－

令和　　年　　月　　日

住所

氏名　　様

三田市長　田村　克也

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．おむつ代の医療費控除を受ける年数

1年目　　2年目以降

2．要件の適否

満たす

3．確認した主治医意見書の作成日※複数の有効期間を合算する場合は、最も新しいものの作成日を記載

令和　　年　　月　　日

4．要件を満たす要介護認定の有効期間※1年目は、連続する複数の認定の有効期間を合算可

令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

5．障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）※複数の有効期間を合算する場合は、最も軽度の区分を選択

B1　　B2　　C1　　C2

6．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