

令和 年 月 日

太田市長 様

(申請者) 住所
氏名
電話番号
対象者との関係 ()

確定申告に使用するので、以下の対象者について、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。

(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

令和 年 月 日
住所
氏名 様
群馬県太田市長 穂積 昌信

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をしたところ、以下のとおりです。

1. 主治医意見書の作成日 令和 年 月 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すること。
2. 要介護認定の有効期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日
（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）
3. 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）
（該当するものに○） B 1 B 2 C 1 C 2
※複数の要介護認定がある場合は、最も軽度の区分に○をつけること。
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（該当するものに○） 1年目 2年目以降