

令和 年 月 日

富士吉田市長 様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、____年¹に使用したおむつ代の医療費控除の証明に必要な項目について、確認願います。

対象者住所 _____

対象者氏名 _____

対象者被保険者番号 _____

申請者住所 〒 _____

氏名 _____ (対象者との関係 _____)

連絡先 _____

※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

富士吉田市長

貴方からの申出に基づき、____年¹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、対象者の主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。

対象者住所

氏名 (生年月日)

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。

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)

年 月 日 ~ 年 月 日

3. 障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) (該当するものに○)

※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。

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 (該当するものに○)

1 年目 2 年目以降