

# 記入例

※問い合わせのうえ申請してください

令和6年以降分申告用

令和 年 月 日

提出する日を記入

富士吉田市長 様

対象の年を記入

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、**令和〇**年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。

申請者住所へ送付します。

対象者 住所 富士吉田市下吉田 6-1-1

氏名 吉田 太郎

被保険者番号 0000012345

申請者 住所 〒403-0004 富士吉田市下吉田 6-1-1

氏名 吉田 富士子 (対象者との関係 妻)

連絡先 090-XXXX-0000

医療費控除を受ける確定申告が初年となる場合は「1年目」に〇を付けて下さい。2年目以降は「2年目以降」に〇。

※おむつ代の医療費控除を受ける年数 (該当するものに〇)

1年目

2年目以降

以下については担当にて記載しますので記載不要です。

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) (該当するものに〇)

※複数の要介護認定がある場合は、最も軽度の区分に〇をつけること。

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 (該当するものに〇)

1年目

2年目以降