

年 月 日

宮代町長 様

〒

住 所

申請者 氏 名

電話番号

おむつ代の医療費控除に関する確認について（依頼）  
確定申告に使用するので、下記の者の主治医意見書のうち、 年中  
に使用したおむつ代の医療費控除の証明（2年目以降）に必要な事項について  
確認願います。

記

被保険者	被保険者番号	
	氏 名	
	住 所	〒
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日

※ おむつ代について医療費控除を受けるのが2年目以降である方については、おむつを使用した当該年（要介護認定の有効期間が13ヶ月以上であり、おむつを使用したその年に主治医意見書が発行されていない場合は前年）に作成された主治医意見書の記載に、障害高齢者の日常生活自立度が「B1、B2、C1、又はC2」とあり、かつ尿失禁の発生の可能性が「あり」の場合、医師の発行したおむつ使用証明書の代わりとして認められます。

■介護保険担当使用欄■

課長	副課長	主幹	主査	係	担当