

年 月 日

宮 代 町 長

〒 ー

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	大正・昭和 年 月 日

要介護認定を受けている方で「傷病により6ヵ月以上寝たきり」による以下の要件に対象となる方は、この手続きにより医療控除が受けられます。ただし、令和6年（令和5年）以前のものを初めて医療控除を受ける場合、医師の発行する証明書が必要です。

- 要介護認定を受けていて、認定期間が6ヶ月を超えていること
- 要介護認定有効期間内の主治医意見書において、「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」の項目が、「B1、B2、C1又はC2（寝たきり）」であること。
- 要介護認定有効期間内の主治医意見書において、「失禁への対応」の項目がカテーテルを使用していること又は尿失禁が「現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態」であることが確認できること。

■介護保険担当使用欄■

課長	副課長	主幹	主査	合 議	担当
	○				