

おむつ使用確認申請書

令和 年 月 日

地区保健福祉センター所長 様

確定申告に使用するので、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。

|                      |                      |          |             |
|----------------------|----------------------|----------|-------------|
| 被保険者<br>〔おむつ<br>使用者〕 | フリガナ                 |          | 被 保 険 者 番 号 |
|                      | 氏 名                  |          |             |
|                      | 住 所                  |          |             |
|                      | 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日生 |          |             |
| 申請者                  | フリガナ                 |          |             |
|                      | 氏 名                  |          |             |
|                      | 住 所                  | 電話番号 ( ) |             |
|                      | 本人との関係               |          |             |

おむつ代の医療費控除を受ける年数 ( 1年目 2年目以降 )

確 認 内 容

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| 主治医意見書作成日           | 令和 年 月 日            |
| 要介護認定の有効期間          | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 |
| 障害高齢者日常生活自立度（寝たきり度） | B 1 B 2 C 1 C 2     |
| カテーテルの使用又は尿失禁の発生可能性 | あり                  |

※1 主治医意見書が複数ある場合は、最も新しいものの作成日。  
※2 1年目で、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の全てを合算した期間。

|                 |     |
|-----------------|-----|
| 上 記 項 目 に つ い て | 非該当 |
|-----------------|-----|

|     |     |     |     |         |          |
|-----|-----|-----|-----|---------|----------|
| 所 長 | 次 長 | 係 長 | 係 員 | 交 付 番 号 | 起案 年 月 日 |
|     |     |     |     |         | 決裁 年 月 日 |
|     |     |     |     |         | 施行 年 月 日 |