

おむつ代に係る医療費控除確認書交付申請書

年 月 日

(あて先)
千葉市 区長

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、 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。

被保険者番号												
被保険者氏名	(署名または記名押印)											
住 所												
代理人による申請の 場合は、代理人氏名	(署名または記名押印)											
代理人住所												
										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
										本人との関係		

以下、申請者（被保険者本人又は代理人）の連絡先を記載してください。

電話番号	電子メールアドレス
	@

(注意) これ以降は、記入しないでください。

おむつ代に係る医療費控除確認書

年 月 日

住所
氏名 様

千葉市 区長

印

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関する、貴方の主治医意見書の記載内容は、下記のとおりであることを確認します。

記

- 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 障害高齢者の日常生活自立度（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。
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

(問い合わせ先)
保健福祉センター
高齢障害支援課 介護保険室
電話 0 4 3— —

申 出 書

(あて先)
千葉市 区長

おむつ代に係る医療費控除確認書の交付を受けるにあたり、前年の確定申告書の写し等を添付できませんので、おむつ代に係る医療費控除を受けるのが2年目以降であることに誤りがないことを申し出ます。

年 月 日

住所_____

氏名_____ 印

被保険者番号_____