R元.5.1改訂

**おむつに係る費用の医療費控除に係る主治医意見書確認証明申請書**

令和　　　年　　月　　日

中泊町長様

住　所

申請者

氏　名　　　　　　　　　　　　印

確定申告に使用するので、次の者に係る主治医意見書のうち　　　　　　年に使用したおむつに係る費用の医療費控除証明（２年目以降）に必要な事項について、確認証明願います。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | |

確 認 証 明 書

令和　　年　　月　　日

介護保険被保険者

氏　　名　　　　　　　　　　　様

中 泊 町 長

申請に基づき、　　　　　年に使用したおむつに係る費用の医療費控除の証明に必要な事項について、主治医意見書を確認し次のとおり証明します。

１　主治医見書作成日

　　　　　　年　　月　　日

　　要介護認定の有効期間

　　　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日

２　障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）　　（該当する者に〇）

Ｂ１　　Ｂ２　　Ｃ１　　Ｃ２

３　尿失禁の発生可能性

　　　あり