赤字部分をご記入のうえ、担当室までご提出ください。

おむつ代の医療費控除に係る介護保険主治医意見書必要事項の確認申出書

申請者あてに結果を送付しますので、
ご本人やご家族等、税の申告をする
立場のかたの情報をご記入ください。

令和2年　1月　10日

（宛先）箕面市長

（申請者）住　所：　562－0014　箕面市萱野5－8－1

氏　名：　箕面　太郎

対象者との続柄：　長男

電　話：　072－727－9559

対象年をご記入ください。過去5年分まで
確認できますが、申出書は1年分につき
1枚ご記入ください。

確定申告に使用するため、下記被保険者が　令和元　年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、介護保険主治医意見書の内容を確認願います。

被保険者	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	フリガナ 被保険者氏名	ミノオ　ハナコ 箕面　花子
	生年月日	明治　・　大正　・　昭和　　2　年　1　月　1　日		
	住　所	〒　562—0014 箕面市萱野5－8－1		

※おむつ代の医療費控除を受けるのが２年目以降であるかたが対象です。
１年目のかたや要支援・要介護認定を受けていないかたは、主治医に「おむつ使用証明書」の発行を依頼してください。

要支援・要介護認定を受けているかたの
情報をご記入ください。

◇市記入欄

介護保険主治医意見書の記載内容（介護保険主治医意見書(写)添付）

・おむつを使用した当該年、その前年またはその前々年（現在受けている要介護認定の有効期間が１３か月以上であり、おむつを使用した当該年に主治医意見書が発行されていない場合に限る。）に作成された意見書である。
→【 作成年月日　　年　　月　　日、認定有効期間　　ヶ月　・　非該当 】
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)がＢ１～Ｃ２
→【 Ｂ１　Ｂ２　Ｃ１　Ｃ２　・　非該当 】
・尿失禁の発生可能性チェック →【 あり　・　非該当 】

☐上記の要件を満たすことを確認しましたので、別添の「おむつ代医療費控除に係る介護保険主治医意見書必要事項確認結果証明書」を発行いたしてよろしいか。
☐上記の要件を満たさないことを確認しましたので、別添の「おむつ代医療費控除に係る介護保険主治医意見書必要事項の確認結果について」を発行いたしてよろしいか。
なお、発行にあたってはおむつ使用証明書の用紙を添付いたします。

室　長	グループ長	担　当	浄　書	照　合	公　印	照合(発送時)	処理日
							年　月　日