

年 月 日

福生市長 あて

申告の対象年を記入
(その年の1月1日から12
月末の使用料が対象)

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、
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。

本人住所 要介護認定を受けている方の住所

本人氏名 氏名

被保険者番号 介護保険証等に記載されている被保険者番号

※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

前年分の収入に対しておむつ代
の医療費控除を申告していない
場合は1年目に○、申告している
場合は2年目以降に○

申請者氏名 本人との関係
この申請をされる方の氏名・続柄

申請者住所 住所

年 月 日

住所

氏名

様

福生市長

印

あなたからの申し出に基づき、
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、あなたの主治医意見書を確認した
ところ、以下のとおりです。

1 主治医意見書の作成日

年 月 日

2 要介護認定の有効期間

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○)

B1 B2 C1 C2

4 尿失禁の発生可能性

※ 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