

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、  
年を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。

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

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○

※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

申請者氏名

この申請をされる方の氏名・（続柄）

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

本確認書交付担当 福生市福祉保健部介護福祉課介護保険係

電話 042-551-1764