

年（令和 年） 月 日

福山市長 様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、 年（令和 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。

申請者	住所 (確認書の送付先)	〒		
	名前		被保険者 との関係	
	電話番号	()	—	
被保険者 (確認の対象者)	住所			
	名前			
被保険者番号又は生年月日				
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	

ここから下は記入しないでください

年（令和 年） 月 日

被保険者住所

名前

様

福山市長

申出に基づき、 年（令和 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、次のとおりです。

主治医意見書の作成日	年 (年) 月 日
要介護認定の有効期間※1	年 (年) 月 日 ~ 年 (年) 月 日
障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	B 1 B 2 C 1 C 2
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

※1 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

※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