令和　　年　　月　　日

　北栄町長　　様

　確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和　　　年に使用して　　い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】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 対象者との関係 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　　－　　　　　 |

【対象者】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住　　所 | 〒 |

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

|  |
| --- |
| おむつに係る費用の医療費控除の認定要件 |
| Ⓐ主治医意見書に見る控除認定要件の記載 | 以下の①②の両方にチェックが入っていること　①障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）　　・Ｂ１、Ｂ２、Ｃ１、Ｃ２のいずれか　②失禁への対応、尿失禁の発生可能性　　（※どちらか片方、または両方にチェックが入っていること）　　・失禁への対応：「カテーテル」の項目　　・現在あるかまたは今後発生の高い状態：「尿失禁」の項目 |
| 　 | 　 |
| 控除を受けるのが１年目である者 | その者がおむつを使用した当該年に現に受けていた要介護認定、　及び当該認定を含む複数の要介護認定（有効期間が連続している　ものに限る。）で、それらの有効期間（当該年以降のものに限る。）を合算して６か月以上となるものの審査に当たり作成された主治医意見書（当該複数の認定に係る全てのもの）※Ⓐの記載に該当する場合に限る |
| 控除を受けるのが２年目以降である者 | おむつを使用した当該年に作成された主治医意見書（当該年に主治医意見書が作成されていない場合は、当該年に現に受けていた要　介護認定（有効期間が13ヶ月以上のものに限る。）の審査に当たり　作成された主治医意見書※Ⓐの記載に該当する場合に限る |