

様式第 1 号(第 3 条関係)

おむつ代の医療費控除に係る確認書交付申請書(1 年目)

年 月 日

(あて先)宝塚市長

所得税の確定申告等に使用するので、主治医意見書のうち、 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、確認書の交付を申請します。

申請者	住所	〒	この申出書を提出する方の住所・氏名等 (申出者あてに確認書を交付します)										本人 配偶者 子 その他()
	氏名												
	電話番号		()	－	()	－	()						
対象者	住所	☐ 申請者と同じ 〒	おむつを使用している本人の 住所・氏名・介護保険被保険者番号等										・大正・昭和 月日 年 月 日
	氏名	☐ 申請者											
	介護保険被保険者番号												

本手続による証明が認められるのは、対象年に使用したおむつ代分のみです。

※申請に必要な書類

- ・対象者の本人確認書類の写し
- ・対象者本人以外が申請する場合は、申請者の本人確認書類の写しが必要です。

※以下の欄は記入しないでください。

	宛名コード										
申請者の確認	☐ 運転免許証			☐ マイナンバーカード			☐ 介護保険被保険者証				
	☐ 健康保険証			☐ その他()							

確認事項	主治医意見書作成日	年	月	日	判断
	障害高齢者の日常生活自立度 □B1 □B2 □C1 □C2				□ 適 ・ □ 否 担当()
	尿失禁の発生可能性又はカテーテルの使用 □ 有 ・ □ 無				
	認定の有効期間				

確認事項	主治医意見書作成日	年	月	日	判断
	障害高齢者の日常生活自立度 □B1 □B2 □C1 □C2				□ 適 ・ □ 否 担当()
	尿失禁の発生可能性又はカテーテルの使用 □ 有 ・ □ 無				
	認定の有効期間				

確認事項	主治医意見書作成日	年	月	日	判断
	障害高齢者の日常生活自立度 □B1 □B2 □C1 □C2				□ 適 ・ □ 否 担当()
	尿失禁の発生可能性又はカテーテルの使用 □ 有 ・ □ 無				
	認定の有効期間				

要介護認定の有効期間